Ein Beitrag

zur

Klinik der Hysterie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

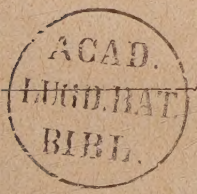
der

medizinischen Fakultät der Landes-Universität Rostock

vorgelegt von

Emil Görtz,

approb. Arzt aus Lehre im Herzogtum Braunschweig.



ROSTOCK
Carl Hinstorffs Buchdruckerei
1904

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Rostock.

Referent: Herr Professor Dr. Martius.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549202_0133

Bevor der Gegenstand folgender Zeilen, die Hysterie, in Angriff genommen wird, ist es nötig, die bei der Abfassung dieses literarischen Erstlingsversuchs benützten Hülfsmittel anzuführen. Da ein grosser Teil der Arbeit aus zusammengetragenem, in verschiedenen grossen und kleinen Werken zerstreutem Material hervorgegangen ist, wird der mit der einschlägigen Literatur vertraute Lehrer oft Gedanken finden, die ihm längst bekannt sind. Benutzung fanden folgende Werke: 1) Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, III. Auflage, 1902. 2) Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, XII. Auflage, 1899 3) Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, XII. Band, II. Hälfte (Jolly, Hysterie) 1875. 4) Jürgensen, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, IV. Auflage 1902. 5) Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Auflage, 1903—1904. 6) Liebermeister, Über Hysterie und deren Behandlung, Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann No. 236. Alles wörtlich Übernommene wurde unter Hinzufügung des Autors in Anführungszeichen gesetzt; im übrigen wurde möglichst Freimachen von fremder Darstellungsweise angestrebt.

Seit alters hat die Hysterie das Interesse der Ärzte in hohem Grade beschäftigt; das war, solange man dieser Erkrankung wie einem grossen Rätsel gegenüberstand, durch die dem Menschen angeborene Lust zum Wissen und Erkennen leicht zu erklären. Heute ist das Rätsel im Wesentlichen wohl als gelöst zu betrachten; aber noch gilt es, unser Wissen an vielen Punkten zu erweitern, zu vertiefen. Dieses rein wissenschaftliche Bedürfnis und die durch das häufige Vorkommen der Hysterie bedingte hohe praktische Wichtigkeit sind der Grund dafür, dass die Hysterie auch jetzt noch ein fleissig bebautes Feld literarischer Tätigkeit ist. Wohl nur wenige der neueren Abhandlungen über Hysterie verfolgen als Hauptzweck die genaue Erörterung der Diagnose und Differentialdiagnose; und doch kann man den Wert einer scharfen Diagnosenstellung nicht hoch genug anschlagen, zumal sich gerade hier ganz erhebliche Schwierigkeiten zeigen. Diese näher zu beleuchten, ist meine vornehmste Aufgabe. Auch ist es mir durch die Güte des Herrn Professor Martius möglich, aus einem Material von etwa hundert Hysterie-Fällen, welche während der letzten zehn Jahre in der Rostocker medizinischen Universitäts-Klinik beobachtet wurden, einige statistische Angaben zu machen und mehrere Krankengeschichten mitzuteilen. Vor der Besprechung des Hauptthemas empfiehlt es sich, Wesen und Symptomatologie der Hysterie in gedrängter Kürze darzustellen; auch erscheint es zweckmässig, die statistischen Angaben vor der Diagnose abzuhandeln. Den Schluss bildet die Wiedergabe einige Krankheitsbilder.

Es darf heute als allgemein anerkannt gelten, dass

die Hysterie als ein Seelenleiden aufzufassen ist. Auch hinsichtlich der genaueren Analyse der psychischen Störung herrscht bei den Autoren im Wesentlichen wohl darüber Einigkeit, dass es sich immer vorwiegend „um Anomalien der Gefühle, Stimmungen und Triebe" (Liebermeister) und nicht um Anomalien der Intelligenz handelt. Dieser veränderte Seelenzustand findet klinischen Ausdruck in einer fast unbegrenzten Anzahl von Symptomen teils rein psychischer teils körperlicher Natur. Wie heterogen diese Symptome sonst auch sind, so haben sie doch einige gemeinsame Eigentümlichkeiten. Die wichtigste ist ihre grosse Abhängigkeit von psychischen Einwirkungen. Die Art dieser Einwirkungen ist dabei fast gleichgültig; freilich am häufigsten und stärksten wirken hier die zu Unlustempfindungen führenden Erregungen des Schrecks, der Angst, des Zornes. So ist namentlich das auslösende Moment oft ein sogenanntes psychisches Trauma, man spricht z. B. von einer „Schrecklähmung" (Strümpell). In ganz analoger Weise kann es plötzlich sowohl zu Intensitätssteigerungen als auch zum Verschwinden hysterischer Symptome kommen. Doch beobachtet man auch, dass gemüts- und stimmungsvolle Momente, wie sie bei den so sehr zur Sentimentalität neigenden Hysterischen oft vorkommen, gelegentlich eine ähnliche Wirkung haben. So berichtet Oppenheim z. B. von einer an Aphonie leidenden Hysterika, die beim Anblick des in ihre Fenster scheinenden Mondes das Goethesche Gedicht „Füllest wieder Busch und Tal" zu deklamieren begann, dabei gerührt wurde und bei der dritten Zeile ihre Stimme wieder gewann. Be-

merkenswert ist auch die Tatsache: Die Symptome der Hysterie sind in überwiegender Mehrzahl von der Art, dass sie auch willkürlich hervorgerufen werden können. Das ist bei den schweren motorischen Störungen am auffallendsten; man kann wohl behaupten, dass sich jede hysterische Lähmung nachahmen lässt. Auch die rein hysterischen Krampfanfälle verraten immer den Einfluss der Willkür. Weiter ist bezeichnend, dass die hysterischen Erkrankungen sich mit den Gesetzen der normalen oder pathologischen Anatomie und Physiologie nur höchst selten in Einklang bringen lassen. Die Richtigkeit dieses Satzes offenbart sich z. B. bei den Störungen der Sensibilität; hier handelt es sich ja meist um Verhältnisse, wie sie nach den Gesetzen der Anatomie und Physiologie völlig unmöglich sind. Ferner ist es zur wissenschaftlichen Tatsache geworden, dass fast alle hysterischen Erscheinungen, und zwar besonders die schwereren, durch ganz geringfügige Ursachen, welche oft in den unbedeutendsten mechanischen Insulten bestehen, ausgelöst werden können; man hat sich daher genötigt gesehen, für diese Fälle den Begriff der traumatischen Hysterie einzuführen. Endlich hat man noch als allgemeines Kennzeichen der hysterischen Affektionen die Wandelbarkeit, die stets gegebene Möglichkeit des plötzlichen Entstehens und Verschwindens, hingestellt; das trifft für viele Symptome zu, eine nicht geringe Anzahl ist jedoch vorzugsweise permanent, ja manche pflegen, wenn einmal vorhanden, jeglicher Therapie zum Trotz sogar lange Zeit unverändert zu bestehen. Und als letzte fast allen hysterischen Erkrankungen anhaftende Eigenschaft, welche die Geduld

des Arztes oft auf eine harte Probe stellt, haben wir noch die grosse Neigung zu rezidivieren und die mit jedem Rezidiv wachsende Hartnäckigkeit zu nennen. Damit mögen die hysterischen Symptome im Allgemeinen kurz charakterisiert sein. Bevor sie im Besonderen geschildert werden können, muss auf die hysterischen Anfälle mit wenigen Worten eingegangen werden. Man versteht darunter, wie schon der Name sagt, in von Zeit zu Zeit sich wiederholenden Anfällen auftretende, meist krampfhafte Zustände, deren Vorkommen jedoch nur in einem Bruchteil der Fälle beobachtet wird. Sie kommen in den verschiedensten Formen und in sehr wechselnder Heftigkeit und Häufigkeit vor. Von den leichtesten Graden an, in denen plötzlich einsetzendes Schwindelgefühl, leichte Ohnmacht mit Beklemmungs- und Angstgefühl und Herzklopfen vorhanden sind, finden sich alle möglichen Übergänge bis zu den schwersten Attaquen der Charcot'schen grande Hystérie, welche mit deutlicher Bewusstseinstrübung einhergehend in tonisch-klonischen Muskelkrämpfen und grossen Bewegungen der kompliziertesten Art bestehen, so dass sie jedem nach einmaligem Sehen ewig unvergesslich bleiben.

Bei der Beschreibung der einzelnen Symptome verdient das psychische Verhalten entsprechend der psychischen Natur unserer Krankheit an erster Stelle Berücksichtigung. Jäher Stimmungswechsel, am besten gekennzeichnet durch das oft zitierte „Himmelhoch jauchzend — zu Tode betrübt" ist ein so wesentliches Attribut der Hysterie, dass Jolly die Launenhaftigkeit den sprüchwörtlichen Charakterzug der Hysterischen

nennt. Diese extremen Gemütslagen kommen bei der Hysterie um so leichter zustande, als es sich hier immer um ein Nervensystem von abnorm erhöhter Reizbarkeit handelt. Ausserdem fehlt ein für die Erhaltung eines gemütlichen Gleichgewichts sehr notwendiger Faktor, ein durch Erziehung und Selbstzucht geschulter Wille, der stets bereit ist, jedem Gefühlsüberschwang durch Einschaltung gewisser zentraler Hemmungen einen wirksamen Damm entgegen zu setzen. Nur so lässt sich die Tatsache verstehen, dass ganz geringfügige Anlässe oft bei Hysterischen genügen, um starke Affekte auszulösen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die gesteigerte Einbildungskraft oder die Suggestibilität; die Patienten können Erinnerungsbilder mit solcher Lebhaftigkeit wachrufen, dass es zu Sinnestäuschungen kommt, und sie Erlebtes wieder zu durchleben glauben, (Oppenheim). Auch bei dem Zustandekommen hysterischer Symptome auf dem Wege der Nachahmung spielt die stark wirkende Einbildungskraft eine Rolle; meist sind es motorische Erscheinungen, welche auf diese Weise übertragen werden: Krämpfe, Lähmungen, Kontrakturen. Einer kleinen Gruppe eigenartiger psychischer Störungen, welche meist als Begleiterscheinungen der oben erwähnten Anfälle und nur ausnahmsweise isoliert vorkommen, muss noch Erwähnung getan werden; es sind die Angstzustände, die hallucinatorischen Delirien und die somnambulen und hypnoiden Zustände. Eine ausgesprochene Geistesstörung gehört nach Oppenheim nicht zum Bilde der Hysterie, und ist, wenn sich eine Psychose neben hysterischen Symptomen zeigt, stets eine Kombination

anzunehmen. Von dem Heer der körperlich lokalisierten Symptome sind die wertvollsten die von Chareot unter dem Namen der hysterischen Stigmata zusammengefassten. Ihre genaue Kenntnis ist um so notwendiger, als sie, obwohl vorzugsweise andauernd vorhanden, vom Patienten meist nicht von selbst angegeben werden, weil sie zum Teil von der Art sind, dass ihre Anwesenheit dem Kranken gar nicht zum Bewusstsein zu kommen bräucht, und erst die ärztliche Untersuchung ihn auf sie aufmerksam machen muss (Strümpell). Sie bestehen in der Anwesenheit sogenannter hysterogener Zonen, umschriebener, mit hochgradiger Druckempfindlichkeit behafteter Körperstellen, deren Reizung bisweilen einen Krampfanfall auszulösen, respektive auszulöschen vermag. Diese finden sich namentlich am Kopf und am Rumpf. Die points douloureus am Kopf, an den Seitenteilen der Brust, auf dem Brustbein, am Rippenbogen, in der Unterbauchgegend, ferner der Ovarialschmerz und die Spinalirritation. Auch auf eigentümliche sensorielle Anomalien, wie sie in gleicher Form und Ausbreitung bei anderen Erkrankungen nur ganz ausnahmsweise vorkommen, findet die Bezeichnung „Stigmata“ Anwendung; gemeint sind die Veränderungen des zentralen und peripheren Sehens, vor allem die koncentrische Gesichtsfeldeinengung, die Amblyopie, die Amaurose, jedoch auch die Hyperaesthesie des Nervus opticus, welche sogar den Aufenthalt im Dunkelzimmer nötig machen kann. Die analogen Erscheinungen bei den übrigen Sinnesorganen, besonders die hysterische Taubheit, die hysterische Überempfindlichkeit des Nervus acusticus gehören natürlich ebenfalls hierher.

Von den sensiblen Anomalien, welche zu den Stigmata zu rechnen sind, muss die Hemianaesthesie, die völlige Gefühlslosigkeit einer Körperhälfte an erster Stelle erwähnt werden, sodann die totale Anaesthesie der ganzen Körperoberfläche und die umschriebenen, am Rumpf und an den Gliedern auftretenden Anaesthesien und Analgesien. Zwei Befunde, mit denen sich die Zahl der Stigmata endlich erschöpft, sind noch als fast pathognomonisch für Hysterie zu erwähnen: Der Globus hystericus, das Gefühl einer im Hals auf- und absteigenden Kugel und eine eigentümliche, in der vorderen Scheitelgegend streng lokalisierte Form des Kopfschmerzes, der unter dem Namen des Clavus hystericus seit alters bekannt ist.

Auser diesen, dem Kundigen die Diagnose oft sehr erleichternden Stigmata kommt im Geleit der Hysterie eine weit grössere Menge weniger charakteristischer Symptome vor. Sehr gewöhnlich ist eine erhebliche Irritabilität des Herzens wie überhaupt der Zirkulationsorgane; über das subjektive Gefühl der Herzpalpitationen klagen viele Hysterische. Bekannt ist ferner die Leichtigkeit, mit der Hysterische erröten und erblassen. Nicht gering ist auch die Anzahl der Fälle, bei denen es sich um Anomalien der Se- und Exkretionsorgane, die Polyurie, freilich meist infolge vermehrte Aufnahme von Flüssigkeit, die Anurie, die Harnverhaltung, den Harndrang, die Salivation handelt. Viele Magen- und Darmbeschwerden können hysterischer Natur sein, so die Obstipation, die Tympanitis, das Erbrechen, die Magen- und Darmschmerzen, die Appetitlosigkeit; doch wird gerade auch hier von schweren Störungen be-

richtet z. B. von stärkeren Blutungen aus Magen und Darm. Da fast kein Organ vor hysterischer Erkrankung gesichert ist, so kann es nicht auffallen, dass es auch einen hysterischen Husten und eine sogar hochgradige hysterische Dyspnoe giebt.

In keinem Falle von Hysterie fehlen Schmerzen; man hat sie aufzufassen als sogenannte Psychalgien oder Schmerzhallucinationen (Oppenheim, Strümpell). „Zentrale Erregungszustände werden als Schmerzen an die Peripherie projiziert" (Jolly). Diese Schmerzen können in jeder denkbaren Form und an jeder Stelle des Körpers vorhanden sein. Oft ist der Schmerz selber garnicht das Wesentliche sondern vielmehr die Art, wie er empfunden wird, und namentlich wie diese Empfindung geschildert wird. Fast stets wird er stark übertrieben dargestellt. Nicht selten ist die Angabe, im ganzen Körper, überall Schmerzen zu haben oder soviel verschiedene Schmerzen zu empfinden, dass es unmöglich sei, sie alle aufzuzählen. Zu den von den Schmerzen bevorzugten Gegenden gehört der Rücken. Am Kopfe findet sich ausser dem schon erwähnten Clavus jede Art anderer Schmerzen; auch die Hemikranie kommt als Symptom der Hysterie vor. Häufig sind die Gliedmassen und die Gelenke von Schmerzen befallen, welche hier nicht selten neuralgischer Natur sind.

Zum Bilde der schweren Hysterie gehören noch einige sehr wesentliche Erscheinungen, welche meist erhebliche Störungen der Motilität darstellen; es sind die hysterischen Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfe einzelner Muskelgruppen und das hysterische Zittern. Über Schwächezustände in den Gliedern, namentlich in

den Beinen, wird auch in leichteren Fällen vielfach geklagt, ohne dass es zu völliger Gebrauchsunfähigkeit, zu Lähmungen kommt. Überhaupt muss es als ungewöhnlich bezeichnet werden, dass hysterische Lähmungen allmählich entstehen; in der Regel erscheinen sie plötzlich und meist im Anschluss an eine heftige psychische Erregung. Sie finden sich in allen möglichen Formen, so dass „eine Kombination schwer denkbar wäre, die nicht schon dagewesen" (Jürgensen), sie können sich auf einzelne Muskelgruppen, ein Glied, einen Gliedabschnitt beschränken, aber auch para- und hemiplegischer Natur sein. Es handelt sich bei diesen Lähmungen, wie Oppenheim hervorhebt, immer um nach der naiven Anschauung eine Einheit bildende Körperteile oder um Gruppen von Muskeln, die zum Zustandekommen bestimmter Bewegungen zusammenwirken müssen. Nie aber findet sich auf hysterischer Basis eine echte isolierte Lähmung eines einzelnen Nerven respektive aller von einem Nerven versorgten Muskeln. Die gelähmten Teile können Störungen der Sensibilität, meist im Sinne der Anaesthesie, aufweisen; doch ist das nicht Erfordernis. Am häufigsten ist die hysterische Stimmbandlähmung, was sich wohl aus den innigen Beziehungen des Stimmorgans zum Seelenleben hinlänglich erklären lässt (Oppenheim); es folgt die Lähmung der Beine, welche völlige Unfähigkeit des Gehens und Stehens bedingen kann und dann als Abasie und Astasie bezeichnet wird. Die Lähmungen pflegen nach kürzerer oder längerer Dauer ihres Bestehens ebenso plötzlich wie sie gekommen wieder zu verschwinden. Sie können Jahre lang bestehen und

führen dann wohl auch zu Muskelatrophien mit Verminderung der elektrischen Erregbarkeit. So grosse Hartnäckigkeit findet sich besonders häufig bei den hysterischen Kontrekturen; sie sind bedingt durch starke Anspannung der Muskulatur, treten ebenfalls meist plötzlich und zwar entweder isoliert oder vereinigt mit Lähmungen, Anaethesien und sonstigen hysterischen Symptomen oft im Anschluss an einen Krampfanfall auf und verschwinden im Schlaf. Bevorzugt sind die Hand-, Fuss-, Zehen- und Kniegelenke, wobei grosse Gelenke meist in Streck-, kleine in Beugestellung fixiert werden. Nicht selten beobachtet man Kontrakturen gleichzeitig in mehreren Gelenken.

Es erübrigt noch mit einigen Worten auf die partiellen Krampfzustände und das Zittern einzugehen. Krämpfe einzelner Muskelgruppen sind kein seltenes Vorkommnis bei Hysterie. Jeder unter der Herrschaft des Willens stehende Muskel kann in Krampfzustand versetzt werden; doch muss wohl angenommen werden, dass auch vom Willen unabhängige Muskeln bei Hysterie in spastischen Zustand geraten können. So beruht der schon unter den Stigmata angeführte Globus hystericus wahrscheinlich auf krampfhafter Zusammenziehung der Muskulatur der Speiseröhre und des Schlundes. Auch von den Krämpfen der bei der Atmung wirkenden Muskelgruppen war schon die Rede; dem hysterischen Husten und der hysterischen Dyspnoe muss an dieser Stelle noch hinzugefügt werden: der Singultus, der Ructus und der Gähnkrampf sowie die seltenen Formen des Niess-, Stimmritzen- und Zwerchfellkrampfes. Häufiger als diese trifft man die Affektkrämpfe an, den Lach- und

Weinkrampf und ebenfalls nicht ganz selten den Blepharoclonus und den Blepharospasmus. Nur wenig ist über das Zittern zu sagen, jedenfalls aber das, dass es eine für Hysterie besonders charakteristische Form des Zitterns nicht giebt. Es kann andauernd vorhanden sein oder anfallsweise auftreten, den ganzen Körper oder nur einzelne Gliedmassen befallen und in seiner Heftigkeit grossen Schwankungen unterliegen.

Ein allgemein gültiges oder doch für die Mehrzahl der Fälle passendes Krankheitsbild zu entwerfen, ist bei der Hysterie unmöglich (Strümpell). Denn fast nie lässt sich über den Verlauf oder das Auftreten neuer Symptome im voraus eine Vermutung aussprechen, auf deren Bestätigung mit einiger Wahrscheinlichkeit zu rechnen wäre. Die in so ausserordentlich grosser Zahl und Manigfaltigkeit vorhandenen hysterischen Affektionen kommen in den wechselvollsten Combinationen neben einander vor und schaffen damit eine so bunte Verschiedenheit der Krankheitsbilder, wie sie von einer anderen Erkrankung wohl kaum erreicht wird. So ist es denn auch nicht wunderbar, dass alle Versuche, die Hysterie nach der Art der vorhandenen Symptome zu klassifizieren, zu keinem beachtenswerten Ergebnis geführt haben und, weil zwecklos, längst aufgegeben sind. Etwas anderes ist es, wenn man für einzelne seltene Formen praegnante Bezeichnungen eingeführt hat. Tritt z. B. die psychische Eigentümlichkeit nur wenig oder gar nicht in Erscheinung, so redet man von lokaler Hysterie d. h. die vorliegenden hysterischen Symptome sind lediglich körperlicher Natur. Ferner gibt es eine sogenannte monosympto-

matische Hysterie, bei der nur ein einziges, in der Regel schweres hysterisches Symptom, gleichviel ob psychischer oder somatischer Natur, die ganze Krankheit ausmacht. Die grosse Masse der Hysterien trennt man am praktischsten in drei Gruppen, von denen die erste die leichten, die zweite die schweren und die dritte die allerschwersten, sogenannten grossen Hysterien umfasst. In der Reihe der leichten Erkrankungen handelt es sich um die grosse Zahl junger Mädchen und Frauen, die über meist vieldeutige und wenig charakteristische Beschwerden klagen, dabei aber ihrer gewohnten Beschäftigung obliegen können. Der psychische Zustand ist meist deutlich ausgeprägt. Ihre Klagen beziehen sich namentlich auf Kopf- und Rückenschmerzen, oft auch auf Herzklopfen und geringe dyspeptische Beschwerden. Die schwere Hysterie wird durch die Krampfanfälle, die Stigmata und die schweren motorischen Störungen gekennzeichnet, während die psychische Veränderung hier nicht ganz selten vermisst wird. Die grosse Hysterie, ein Ausdruck, der durch Charcot gebräuchlich geworden ist, erhält durch den typischen grossen hysterischen Anfall, welcher uns die Kranken in seinem Höhepunkt, dem hysterischen Kreisbogen, fast als vollendete Akrobaten zeigt, ein eigenartiges Gepräge; sie kann sich natürlich mit jedem anderen hysterischen Symptom verbinden.

Die nun folgenden statistischen Angaben, welche ich aus dem mir gütigst zur Verfügung gestellten Material von etwa 190 Fällen gewonnen habe, betreffen zunächst die Häufigkeit des Vorkommens der soeben umgrenzten drei Formen. Hier ist jedoch zu bedenken, dass

das Ergebnis durch die praktische Erfahrung wohl kaum bestätigt werden wird, da die schweren Fälle, bei denen eben nur durch eine Anstaltbehandlung eine Besserung erreicht werden kann, in einem Krankenhause häufiger als in der Praxis zur Beobachtung gelangen. Da es geboten erschien, von allen Erkrankungen, in denen die Reinheit des Bildes durch Komplikationen getrübt war, abzusehen, so reduzierte sich das Material auf fünfundsiebenzig Fälle. Von diesen gehörten der schweren Form 35, der leichten 36 an, und von der allerschwersten waren 4 vertreten. Danach käme letztere in etwa 5 % der Gesamtzahl der Fälle vor, während die übrigen 95 % sich fast zu gleichen Teilen auf die beiden anderen Formen verteilten. Das entspricht aber wohl kaum den Tatsachen; die grosse und auch die schwere Hysterie sind wahrscheinlich erheblich seltener.

Was die Häufigkeit der Stigmata betrifft, so ist zu bemerken, dass ihre Anwesenheit nicht oft festgestellt werden konnte. Stigmata fanden sich nur in 27 Fällen d. h. in ca. 29 %, also nicht einmal in einem Drittel der Fälle. Am häufigsten kamen die Anaestesie und Analgesie vor, welche etwa die Hälfte der überhaupt beobachteten Stigmata ausmachten und in jeder Form, am gewöhnlichsten jedoch an den unteren Extremitäten, je einmal aber auch als Hemianaesthesie und totale Anaesthesie auftraten. Nächst diesen kamen fixe Druckpunkte oder hysterogene Zonen wie die Ovarie und andere, sowie Hyperaesthesien wie die Spinalirritation und dergl. in der nämlichen Häufigkeit vor, welche je einem Siebentel der beobachteten Stigmata entsprach. Meist war nur ein Stigma und in etwa 7 % der Ge-

samtzahl der Fälle zwei oder drei neben einander auffindbar. Die Ovarie wurde nie allein angetroffen sondern regelmässig im Verein mit Anaesthesie und je einmal ausserdem noch mit Spinalirritation und Globus, der übrigens im Ganzen nur zweimal und stets neben anderen Stigmata gefunden wurde. Clavus wurde nur einmal und zwar gleichzeitig mit Spinalirritation beobachtet. Von den sensoriellen Stigmata zeigten sich je einmal einseitige Amaurose bei kindlicher Hysterie, concentrische Gesichtsfeldeinengung bei männlicher traumatischer Hysterie und Hyperaesthesie des Nervus opticus. Das Alter der Personen mit Stigmata lag fast immer zwischen dem 15. und 30. Jahre; nur einmal konnte ein Stigma, nämlich die erwähnte Amaurose, bei kindlicher Hysterie und nur dreimal bei Individuen über 30 Jahren konstatiert werden; zieht man die Anzahl der kindlichen Hysterien, welche sieben betrug, und die der Hysterien nach dem 30. Lebensjahre, welche sich auf fünfundzwanzig belief, mit in Rechnung, so kann der Erscheinung, dass die stigmatisierte Hysterie die Zeit vom 15.—30. Lebensjahre bevorzugte, wohl kaum der Charakter des Gesetzmässigen abgesprochen werden.

Von den schweren nicht unter die Zahl der Stigmata gehörenden Symptomen sah man überraschend häufig die Lähmungen, nämlich in 16 Fällen, was etwa 17 % der Gesamtfälle gleichkommt, Siebenmal handelte es sich um Gehstörungen, darunter dreimal um völlige Abasie — Astasie. Stimmbandlähmung wurde viermal, Lähmung eines Armes zweimal, eines Unterschenkels einmal und einmal Ptosis beobachtet. Kontrakturen dagegen fanden sich nur in drei Fällen.

Annähernd ebenso häufig wie die Lähmungen war das hysterische Erbrechen.

Von den Krämpfen einzelner Muskelgruppen kamen ausser dem schon unter den Stigmata erwähnten Globus nur solche, die in die Gruppe der Affekt- und Respirationskrämpfe gehörten, vor; es waren Lach-, Wein- und Schreikrämpfe zusammengenommen fünfmal, Dyspnoe und Singultus je einmal vertreten. Die Häufigkeit der danach in ca. 5 % sämtlicher Fälle vorhandenen Affektkrämpfe erklärt sich durch die zum Wesen der Hysterie gehörende Neigung zu starken Affekten (Oppenheim). Die Frequenz der allgemeinen hysterischen Konvulsionen war fast erstaunlich. Bei ihrer Feststellung war es zweckmässig, von den hysteroepileptischen Anfällen abzusehen; es ergab sich dann, dass Krampfanfälle in allen Formen in etwa einem Drittel der Hysterien das sonst so eintönige Bild belebten.

Die Art der Verteilung auf Geschlecht und Alter betreffend, ist kurz folgendes anzugeben: männliche Hysterie lag nur in fünf Fällen vor; das wäre etwa 6 % gleich zu setzen und würde ungefähr mit der alten Briquetschen Angabe, nach welcher sich unter 100 Hysterien 50 männliche befinden, übereinstimmen; freilich soll ja heute die männliche Hysterie viel häufiger sein. Auf die Lebensalter verteilt kam von 91 Fällen sieben auf das Kindesalter, dessen Grenze wir auf das 14. Jahr setzten, 77 auf das Alter der Reife, die Zeit vom 15.—45. Lebensjahre, und wiederum sieben auf das spätere Alter; dass hiesse in % ausgedrückt: die kindliche und die senile Hysterie hatten die gleiche Häufigkeit von 8 %, die übrigen 84 % fielen in die

Zeit vom 15.—45. Lebensjahre. Dass die kindliche Hysterie meist monosymptomatischer Natur ist, konnte auch hier bestätigt werden. Von den sieben nach dem 45. Jahre beobachteten Fällen stellten nur drei reine Hysterie, davon zwei die schwere Form, dar; die anderen waren durch die verschiedensten Krankheiten kompliziert.

Auch sonst war die Hysterie oft mit anderen Krankheiten vergesellschaftet. Geistesstörungen wurden siebenmal beobachtet und zwar zweimal ausgesprochene Psychose, dreimal Demenz und Imbezillität und zweimal periodisches hysterisches Irresein, welch letzteres jedoch streng genommen, nicht zu den echten Geistestörungen gehört und daher bei der Berechnung der Häufigkeit der Geistesstörungen bei Hysterie in Abrechnung gebracht werden muss. Danach kommen in 5 % der Hysterien Geistesstörungen vor. Durch organische Nervenkrankheiten war die Hysterie nie kompliziert. Dagegen traten um so häufiger die Neurosen hinzu. Hysteroepilepsie konnte sechsmal, Hysteroneurasthenie dreimal festgestellt werden; daraus ergiebt sich; dass die Hysterie ungefähr in 10 % der Fälle mit anderen Neurosen kombiniert war. Anhangsweise mag hier erwähnt werden, dass in zwei Fällen nervöse Magenbeschwerden so sehr dominierten, dass man berechtigt war, Magenneurose anzunehmen. Hoch war auch die Frequenz der Krankheiten des Blutes und der allgemeinen Ernährungsstörungen, die neben der Hysterie anzutreffen waren. Siebenmal d. i. in fast 8 % handelte es sich um Chlorose, dreimal um Diabetes mellitus und einmal um Fettleibigkeit.

Nicht gering war auch die Zahl der freilich durchweg ge-

ringfügigen Geschlechtskrankheiten, deren Wertschätzung bei der Hysterie so grossem Wechsel unterlag. Ohne mit dem Heer der Menstruations-Anomalien zu rechnen, war dreimal Retroflexio uteri, viermal Fluor albus und einmal klimakterische Metrorrhagie zu verzeichnen. Es fanden sich danach in 9 % der Fälle Veränderungen dieser Art. Die auffällige Geringfügigkeit gerade dieser Gruppe von Erkrankungen ist nicht zufälliger Natur; es ist nach Jolly eine bekannte Tatsache, dass die schweren Formen der Geschlechtskrankheiten nur ausnahmsweise bei Hysterischen zu finden sind.

Je fünfmal unter den 92 Fällen waren die Atmungs-, die Kreislaufs- und die Verdauungsorgane erkrankt. Von den Lungenkrankheiten waren drei phthisicher Natur, von denen eine mit starker Haemoptoe begonnen und bald darauf die hysterischen Erscheinungen zur Folge gehabt hatte. Von den Infektionskrankheiten boten sich nur drei, zweimal Syphilis und einmal Influenza.

Somit bleibt nur noch einiges über die Aetiologie und den Verlauf zu sagen. Um ein klares Bild aller aetiologisch wirksamen Momente zu gewinnen, hat man zunächst eine etwaige erbliche Belastung, sodann voraufgegangene Traumen, gleichviel ob körperlicher oder psychischer Natur, ferner voraufgegangene Krankheiten und alle auf das Geschlechtsleben Bezug nehmende Vorgänge genau zu eruieren. Als erblich belastet muss jedes Individuum hingestellt werden, dessen Eltern oder sonstige Vorfahren an Nerven- und Geisteskrankheiten, an Phthisis und Syphilis gelitten haben oder dem Potatorium ergeben waren. Nerven- und Geisteskrankheiten der Eltern oder sonstigen Vorfahren liessen sich in

sechs Fällen feststellen. Je zweimal war der Vater und die Mutter und je einmal eine Tante und eine Grossmutter betroffen gewesen. Meist handelte es sich um gleichartige Vererbung; in den beiden Fällen, wo die an hysterischen Krampfanfällen leidende Mutter das unheilvolle Vermächtnis auf ihre Kinder übertragen hatte, bestanden Krampfanfälle. In neun Fällen war Phthisis der Eltern vorausgegangen. Von Syphilis oder Potatorium war nichts zu erfahren.

Resumieren wir kurz, so waren Nerven- oder Geisteskrankheiten in 6 %, Phthisis in 9 % der Fälle bei den Vorfahren anzutreffen gewesen.

Eine grosse Rolle in der Aetiologie der Hysterie spielte das Trauma auch in unseren Fällen. Ein körperliches Trauma, dessen Begriff wir auf jede durch mechanische Insulte, gleichviel ob plötzlich oder allmählich herbeigeführte physische Schädigung ausgedehnt haben, figurierte in 18 Fällen als auslösendes Moment. In sieben Malen war dieses Trauma ein Fall, einmal ein Schlag, viermal wurde es als „Überanstrengung", „Verheben" und fünfmal als „Erkältung", „Durchnässung" geschildert; einmal nahm der rauchende Ofen die Stelle des Trauma ein.

Ein psychisches Trauma war nur in neun Fällen nachweisbar; auch hier muss betont werden, dass, wenn auch die plötzlichen starken psychischen Stösse wohl vorzugsweise verhängnisvoll werden, doch ebenso schwächere aber lang andauernde, quälende und nie ruhende Reizungen der Psyche wirken können. So konnte in drei Fällen die Entstehung der Hysterie auf Kummer und Ärger, auf Angst und Sorge z. B. um den schwer erkrankten Vater zurückgeführt werden,

während in den sechs übrigen Fällen freilich zweimal heftiger Schreck („bekam Schelte von ihrem Dienstherrn") und viermal Aufregungen, darunter einmal der Besuch der Oper, das Leiden veranlasst hatten. Danach lag in etwa 27% traumatische Aetiologie vor, woran das körperliche Trauma mit zwei, das psychische mit einem Drittel beteiligt war.

Das die Hysterie sich gern an gewisse Krankheiten anschliesst, war nicht zu verkennen. Sehr oft war die Hysterie im Gefolge der Chlorose, welche unter den aetiologisch bedeutsamen Krankheiten mit einer Häufigkeit von 15% die erste Stelle einnahm. Sodann folgten die akuten Infektionskrankheiten, besonders Typhus, Influenza, ferner Masern, Scharlach, Diphtherie welche insgesamt in 14% der Fälle der Hysterie den Boden bereitet hatten. In fünf Fällen war das Leiden im Geleit der Lungenschwindsucht aufgetreten; ebenso oft sollte es durch gynaekologische Erkrankungen bedingt sein. Viermal berichtete die Anamnese von Lungen- und Rippenfellentzündung, je einmal von Chorea, Nierenentzündung und Zuckerkrankheit, mit welchen allen die Hysterie in aetiologischen Zusammenhang gebracht wurde.

In vielen Fällen von Hysterie hatte es dieser schweren pathologischen Störungen gar nicht bedurft, um die Krankheit zum Ausbruch kommen zu lassen; es hatten hier schon die physiologischen Zustände und Vorgänge, wie Schwangerschaft Geburt und Wochenbett, genügt, dasselbe zu bewirken. Es wurden nicht sowohl einzelne schwere Entbindungen als vielmehr besonders mehrere sich schnell folgende Geburten insofern gefahrbringend, als sie die Grundlagen jener Schwächezustände schufen,

aus denen sich der verderbliche Keim der Hysterie üppig wuchernd entwickelte. Auf diese Weise war die Hysterie in zehn Fällen entstanden.

Über den Verlauf einer Hysterie etwas Sicheres zu sagen, ist nur möglich, wenn man Gelegenheit hat, die Patienten auch nach der Entlassung aus der Behandlung noch zu betrachten; nur so kann man sich vor dem Irrtum bewahren, eine temporäre oder Scheinheilung, respektive Besserung für eine dauernde zu halten. Gewisslich wurden viele, die aus dem Krankenhause als geheilt oder gebessert entlassen wurden, alsbald rückfällig. Will man dagegen nur den Verlauf während der Krankenbehandlung beschreiben, so wird man die grosss Menge der Heilungen und Besserungen auffallend mit den Erfahrungen der täglichen Praxis kontrastieren sehen. Es gelten nämlich von den 97 Hysterischen bei der Entlassung 24 als geheilt, 48 als gebessert und 23 als ungebessert; zwei gingen an einem interkurrenten Leiden zu Grunde. Auf eins mag noch kurz hingewiesen werden; entgegen den gewöhnlichen Angaben von der leichten Heilbarkeit der kindlichen Hysterie wurden von sieben Fällen nur drei geheilt und zwei gebessert und zwei mussten als ungebessest das Krankenhaus verlassen. Die Frage, ob die Hysterie, wie neuerdings vielfach behauptet wird, während der letzten Jahre häufiger geworden ist, aus dem vorliegenden Material zu entscheiden, ist wohl zwecklos, da dazu über einen grösseren Zeitraum sich erstreckende Erhebungen nötig sind.

Wir wenden uns zur Besprechung der Diagnose. Die Hysterie ist eine Krankheit, die zu oft diagnostiziert wird — leider nicht selten zum grossen Nachteil der

Patienten. Hier kann ein diagnostischer Irrtum sehr verhängnisvoll werden. Um so mehr müssen wir bestrebt sein, die Möglichkeit eines solchen Irrtums durch tunlichste Verfeinerung der Diagnostik auszuschliessen. Vielfach hat man die Gepflogenheit, die Hysterie als einen Sammelbegriff zu betrachten, mit dem man in bequemer Weise alle durch keinen örtlichen Befund erklärbaren Beschwerden zusammenfasst. In der Tat giebt es ja fast keine Stelle am ganzen Körper, wo nicht gelegentlich auch einmal hysterische Beschwerden ihren Sitz haben können. Doch ist natürlich nicht jede an einer beliebigen Stelle des Körpers auftretende Beschwerde, deren Ursache nicht sogleich in einer greifbaren Veränderung erkannt werden kann, hysterischer Natur. Nur muss man infolge der Vielgestaltigkeit der Hysterie, infolge ihrer Fähigkeit unter dem Bilde sehr vieler Krankheiten nicht nur des Nervensystems sondern auch anderer Organe einherzugehen, stets überall, wo man Störungen ohne anatomisch erkennbaren Grund findet, an die Möglichkeit denken, dass das Leiden hysterischer Natur ist. Liegt in solchen zweifelhaften Fällen tatsächlich Hysterie vor, so handelt es sich in der Regel um die leichte Form, bei der keine typischen Symptome die wahre Natur des Leidens ohne weiteres verraten. Hier entsteht also die wichtige Frage, worauf stützt sich die Diagnose in diesen leichten Fällen, wann ist Hysterie anzunehmen? Es ist klar, dass man bei der Diagnose der Hysterie immer streng auf dem Wege der Ausschliessung vorzugehen hat (Oppenheim). Nur nach der sicheren Erkenntnis, dass eine andere

Möglichkeit, die das Leiden erklären könnte, nicht vorliegt, darf man — gewissermassen als ultimum refugium — Hysterie annehmen. Ja oft wird der vorsichtige und gewissenhafte Arzt sich genötigt sehen, die Diagnose zunächst in suspenso zu lassen und so zu verfahren, als ob es sich um ein organisches Leiden handele. Die aufmerksame Beobachtung des weiteren Verlaufs wird dann fast immer zum richtigen Verständnis der Krankheit führen und etwaige den Verdacht einer Hysterie zur Gewissheit erhebende Momente mit Sicherheit erkennen lassen. Das hauptsächlichste Moment, welches bei Fehlen aller sonstigen charakteristischen Zeichen die Berechtigung, von Hysterie zu sprechen verleiht, ist das Vorhandensein der psychischen Veränderung; dem Kundigen offenbart sie sich oft auf den ersten Blick in dem ganzen Gebahren der Kranken. Schon die lebhafte Schilderung ihrer Leidengeschichten, die übertriebene Darstellung ihrer Beschwerden geben ihm wichtige Fingerzeige. Fast von ausschlaggebender Bedeutung ist der Nachweis der Abhängigkeit der Symptome von seelischen Erregungen. Gelingt es bei abgelenkter Aufmerksamkeit, ein Symptom zum Verschwinden zu bringen, so ist damit seine hysterische Natur so gut wie erwiesen. Nur ist es vielfach schwierig, den lange Zeit auf einen gewissen Punkt konzentrierten Gedanken der Patienten plötzlich willkürlich eine andere Richtung zu geben. Doch wird es wohl meist bei Anwendung einiger Mühe und kleiner Kunstgriffe zu erreichen sein. Es kommt also immer nur darauf an nachzuweisen, dass die Symptome lediglich psychisch bedingt, „psychogener Natur“

(Strümpell) sind. Aus diesem Grunde findet auch die Suggestion und die Hypnose zu diagnostischen Zwecken Anwendung.

Dass sich die Hysterie in ihren äusseren Erscheinungsformen mit den verschiedensten Erkrankungen oft eng berührt, wurde schon erwähnt; unter diesen Erkrankungen trifft man einige mit besonderer Häufigkeit an. Mit Recht hat man daher auf die scharfe Abgrenzung der Hysterie gegen diese einen besonderen Wert gelegt. Es ist klar, dass es sich hier natürlich nur um Erkrankungen des nervösen Zentralorgans handeln kann, und zwar sind es nicht nur solche aus dem Gebiet der Neurosen, zu denen man herkömmlicher Weise auch die Hysterie rechnet, sondern auch einige organisch bedingte Nervenkrankheiten und endlich noch einige Geisteskrankheiten.

Aus der ersterwähnten Gruppe der Neurosen lässt sich die Neurasthenie in der Regel nicht scharf und oft nur schwer von der Hysterie trennen; ja man muss wohl zugeben, dass bisweilen eine Abgrenzung garnicht durchführbar ist; in solchen Fällen spricht man gern von Hysteroneurasthenie. Im Allgemeinen aber lässt sich die Selbständigkeit der beiden Krankheiten gut neben einander aufrecht erhalten. Denn wenn wir auch nicht leugnen können, dass es ein grosses Heer von Erscheinungen giebt, die weder der Hysterie noch der Neurasthenie vorzugsweise eigentümlich, aber bei beiden sehr häufig sind, so muss doch betont werden, dass die typisch-hysterischen Symptome, zu denen die Stigmata und die schweren motorischen Störungen gehören, der Neurasthenie durchaus fremd sind (Oppen-

heim). Weiter ist für die Diagnose verwertbar: plötzliches Auftauchen und Verschwinden der Symptome spricht für Hysterie und muss bei der Neurasthenie als ungewöhnlich gelten. Das psychische Verhalten hat zwar bei beiden Krankheiten viel Ähnlichkeit, unterscheidet sich aber in den ausgeprägten Fällen durch einige nicht unwesentliche Punkte. Die Attribute reizbar, leicht verstimmt, empfindlich, kommen wohl den Neurasthenikern fast in gleicher Weise zu wie den Hysterischen. Während aber bei der Hysterie extreme Stimmungen, starke Affekte fast stets ohne genügenden Grund, ja oft wie ein Blitz aus heiterm Himmel hervorbrechen, herrscht beim Neurastheniker infolge ängstlicher Vorstellungen, welche sich gewöhnlich auf Zustände der eigenen Person beziehen, meist eine gedrückte Stimmung vor (Oppenheim). Die Funktionen seines Nervensystems sind durch Schwäche und Mangel an Ausdauer, durch leichte Ermüdbarkeit, gekennzeichnet; schwach ist auch das Nervensystem des Hysterischen, aber leicht ermüdet wird es hier nicht; man denke nur, wie grosse Anspannung der Aufmerksamkeit hysterische Kontrakturen erforden. Von sonstigen Neurosen, welche mit Hysterie verwechselt werden können, erwähnen wir weiter die Hypochondrie. In den meisten Fällen ist freilich die Trennung leicht, obwohl zugegeben werden muss, dass beide Krankheiten vielfache Berührungspunkte bieten und sogar in einander übergehen können. Daraus folgt, dass die Differentialdiagnose sehr schwierig und unter Umständen unmöglich sein kann. Man hat folgendes zu beachten. Die Hypochondrie befällt

häufiger Männer als Frauen, während bei Hysterie bekanntlich das Umgekehrte der Fall ist. Meist handelt es sich bei Hypochondrie um Individuen aus der Klasse der besser Gestellten; bei der Hysterie lässt sich das nicht sagen. Den typisch-hysterischen ähnliche Erscheinungen werden bei der Hypochondrie nur sehr selten beobachtet; dagegen kommt es bei der Hysterie bisweilen vor, dass der psychische Zustand den Charakter der hypochondrischen Verstimmung annimmt. Das gleichzeitige Vorhandensein sicherer hysterischer Symptome schützt dann vor Verwechselung (Jolly).

Während die Unterscheidung der Hysterie von den beiden bisher genannten Krankheiten auf das praktische Handeln des Arztes keinen wesentlichen Einfluss hat, kann die Verwechslung der Hysterie mit den nun folgenden Erkrankungen zu nicht wieder gut zu machenden therapeutischen Fehlgriffen führen. Es sind diejenigen Neurosen, welche mit schweren motorischen Störungen einhergehen, vor allem die Epilepsie, ferner der Tetanus, die Tetanie, die Chorea und die Paralysis-agitans.

Von der allergrössten praktischen Wichtigkeit ist die Unterscheidung der hysterischen und epileptischen Anfälle. Der erfahrene Arzt wird in den meisten Fällen leicht das Richtige treffen, oft ist es auch für ihn sehr schwierig und in einer kleinen Anzahl von Fällen überhaupt unmöglich, die Anfälle mit Sicherheit als hysterische oder epileptische zu erkennen. Denn es kann heute nicht mehr zweifelhaft erscheinen, dass es Krampfanfälle giebt, die weder den hysterischen noch den epileptischen genau entsprechen, sondern nur

durch die Annahme eines mitten zwischen beiden liegenden Krampftypus erklärbar sind; nebenbei mag hier auch bemerkt werden, dass echte hysterische und epileptische Anfälle bei dem nämlichen Individuum vorkommen können. Das vornehmste Merkmal des sogenannten legitimen epileptischen Inhalts, als welches von jeher das Fehlen der Pupillarlichtreaktion galt, hat durch die in letzter Zeit sich mehrenden Angaben, dass Gleiches auch im hysterischen Anfall gefunden sei, in seiner differentialdiagnostischen Bewertung Einbusse erlitten (Oppenheim). Doch ist diesen vereinzelten Beobachtungen gegenüber für die tägliche Praxis der alte Standpunkt festzuhalten, nach dem die fehlende Belichtungsreaktion der Pupillen nur dem epileptischen Anfall zukommt. Ausserdem sind noch viele andere Zeichen geeignet, die Natur des Anfalles aufzuklären. Während der Epileptiker gewöhnlich nicht vor Ausbruch des Anfalls noch Zeit genug hat, sich durch zweckmässige Lagerung vor äusseren Verletzungen zu schützen, die er sich erfahrungsgemäss bei dem plötzlichen Zubodenstürzen leicht zuzieht, „sucht und findet der Hysteriker einen passenden Ort", wo er ohne sich zu verletzen langsam zusammensinkt (Türgensen). Der ausgeprägte epileptische Anfall bietet kurz skizziert etwa folgendes Bild: nachdem der Kranke unter plötzlichem Erblassen des Gesichts und oft mit einem gellenden Schrei zu Boden gestürzt ist, tritt totale Bewusstlosigkeit ein; die nun beginnenden Krämpfe bestehen in heftigen, stossweise erfolgenden Zuckungen und befallen auch die Atemmuskeln, sodass es zu starker Cyanose kommen kann. Im Anfall sind Biss-

verletzungen der Zunge, unwillkürlicher Abgang von Harn, Stuhlgang und Samen häufige Vorkommnisse. Wie ganz anders dagegen der hysterische Anfall! Da ist nichts von Blässe oder Cyanose, kein Zungenbiss, kein unwillkürlicher Abgang der Exkrete, keine tolale Bewusstlosigkeit. Die hysterischen Krämpfe sehen auch ganz anders aus; grobe ausfahrende Bewegungen, wie das Umsichschlagen mit Armen und Beinen, das Herumwälzen des Körpers verraten deutlich den Einfluss der Willkür. Das Bewusstsein ist entweder völlig erhalten oder mehr oder weniger getrübt, nie aber gänzlich erloschen. Weiter giebt sich die hysterische Natur oft dadurch zu erkennen, dass während des Anfalles Affektkrämpfe und -Bewegungen und Delirien, in denen lebhaft gesprochen wird, bestehen. Bei der Epilephie spielt sich die ganze Szene, abgesehen von jenem anfänglichen Schrei, lautlos in wenigen Minuten ab, lässt sich durch nichts beeinflussen und ist von tiefem Schlaf gefolgt. Bei der Hysterie beträgt die Dauer eines gewöhnlich in mehreren Attaquen auftretenden Anfalles meist etwa 10 - 15 Minuten, oft aber erheblich mehr bis zu Stunden und Tagen. Schlaf kann folgen, ist aber selten tief; häufig ist plötzliches Erwachen. Beeinflussung des Anfalles ist durch die mannigfaltigsten Prozeduren möglich: Druck auf bestimmte Körpergegenden, kaltes Wasser in Form der Douche, eine Prise Schnupftabak, ferner hypnotische und suggestive Einwirkungen können den Anfall hemmen und unterdrücken. Gleichzeitiges Vorhandensein hysterischer Symptome wird die letzte Spur des Zweifels vollends bannen; handelt es sich um einen

hysterischen Anfall, so pflegen ja meist charakteristische Zeichen zurückzubleiben: Sensibilitätsstörungen, Lähmungen, Kontrakturen. Wenn auch eine absolut sichere Diagnose nur durch die Untersuchung im Anfall selbst ermöglicht wird, so kann es doch auch in der anfallsfreien Zeit gelingen, die Natur der Anfälle aus gewissen Anhaltspunkten zu erkennen. Da der Zungenbiss gerade für Epilepsie so überaus charakteristisch ist, so wird man die Kranken auf Narben in der Zunge immer genau anzusehen haben. Besteht das Leiden schon Jahre lang, so lässt sich sein Charakter oft vom Gesicht der Kranken ablesen. Der Epileptiker pflegt schliesslich einen blöden, stupiden Gesichtsausdruck anzunehmen; bei Hysterie findet man meist intelligent aussehende Personen mit lebhaftem Minenspiel (Oppenheim). Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass, da bei der Epilepsie ganz ähnliche psychische Störmungen auftreten können, wie sie bei der Hysterie als hallucinatorische Delirien und Dämmerzustände bekannt sind, auch diese Gegenstand der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie werden können (Kraepelin). Oft muss man hier die Diagnose auf etwaige nebenbei bestehende Krampfanfälle begründen; im übrigen entscheidet der Grad der Bewusstseinstrübung; starke Beeinträchtigung des Bewusstseins spricht für Epilepsie.

Mit den übrigen Neurosen berührt sich die Hysterie nur in seltenen Fällen. So kann gelegentlich der hysterische Opisthotonus nach Art des Starrkrampfes auftreten, was zur Aufstellung eines hysterischen Tetanus geführt hat. Vor Verwechselung schützt die

Tatsache, dass der hysterische Tetanus nur selten mit Trismus verknüpft ist und vor allem die Anamnese, die dabei nie fehlenden sonstigen Zeichen der Hysterie und der Verlauf (Oppenheim). Schwieriger kann die Unterscheidung von der Tetanie sein. Denn es kommen bisweilen tonische der Tetanie ähnliche Muskelspannungen auch bei Hysterie als sogenannte hysterische Pseudotetanie vor. Indessen wird ihre wahre Natur bei genauer Untersuchung kaum je unerkannt bleiben. Selbst angenommen, dass die Hysterie sich nicht durch gleichzeitige anderweitige Erscheinungen unzweideutig dokumentiere, dass die hysterische Tetanie nach Oppenheim schon dadurch hinreichend gekennzeichnet ist, dass sie in der Regel nur eine Seite befällt, während bilaterales Ergriffensein zum Wesen der echten Tetanie gehört, und dass ferner das bekannte Trousseau 'sche Phaenomen, das willkürliche Auslösen der Krämpfe durch Druck auf die Nervenstämme, und besonders das Erb'sche Symptom, die Steigerung der elektrischen Erregbarkeit der motorischen Nerven, nie bei der Hysterie beobachtet wird; letzteres ist ein konstantes Merkmal der echten Tetanie, ersteres kann jedoch auch hier vermisst werden.

Öfters tritt die Hysterie in innige Beziehungen zur Chorea. Abgesehen davon, dass beide Erkrankungen mitunter gleichzeitig bei dem männlichen Individuum bestehen, ohne mit einander zu verschmelzen, kann die Hysterie selbständig einen Zustand erzeugen, der der wahren Chorea sehr ähnlich, aber nicht mit ihr identisch ist (Oppenheim). Diese sogenannte hysterische Chorea weicht in nicht unwesentlichen Punkten von

dem Bilde der echten ab. Sie tritt meist im unmittelbaren Anschluss an eine Gemütsbewegung voll ausgeprägt in Erscheinung, verharrt eine beliebige Zeit, während der sie geringe Intensitätsschwankungen zeigen kann, und verschwindet plötzlich gewöhnlich auch zu einer Zeit, welche mit einer Erregung, einem Anfall, der Menstruation oder dergl. zusammenfällt. Ist nicht eine Gemütsbewegung das veranlassende Moment, so lassen sich in vielen Fällen in der Umgebung des Kranken gleichartige Erkrankungen feststellen, und das Leiden ist dann als ein Erzeugnis eines krankhaften Nachahmungstriebes, der sogenannten psychischen Infektion, aufzufassen, wozu Hysterische, wie bereits erwähnt, infolge ihrer gesteigerten Einbildungskraft besonders disponiert sind. Meist verbindet sich die hysterishe Chorea mit anderen Zeichen der Hysterie, so namentlich mit den zu den Stigmata zählenden sensiblen und sensorischen Anomalien; doch soll konzentrische Gesichtsfeldeinengung nach Oppenheim auch im Geleit der einfachen Chorea beobachet sein. Das wichtigste Merkmal der hysterischen Chorea liegt in der Art der Bewegungen; diese bestehen in regelmässigen Zuckungen oder in systematischen sich in stereotyper Weise wiederholenden Bewegungen der Extremitäten und des Rumpfes; es kann den Anschein haben, „als ob der Patient sich zum Gruss verneige, als ob er die Arme zum Schwimmen ausbreite, als ob er mit dem Hammer auf den Anboss schlage“ (Oppenheim). Man gewinnt als Augenzeuge den Eindruck, dass es sich um Erzeugnisse der Willkür handelt. Der echten Chorea ist die Rythmicität der Bewegungen

durchaus fremd; hier ist gerade der „stete Wechsel der Bewegungsform und -Richtung“ charakteristich (Oppenheim). Ferner muss der Einfluss der Willenssphäre entschieden in Abrede gestellt werden. Die Bewegungen erfolgen zwangsmässig und ungewollt. Wo Strafen und Drohungen eine Chorea zum Verschwinden brachten, hat es sich gewisslich immer um die hysterische Form gehandelt. Im Gegensatz zu dem plötzlichen brüsken Auftreten der hysterischen Chorea entwickelt sich die echte immer aus unmerklichen Anfängen und wird allmählig schlimmer. Weitere Anhaltspunkte für die Diagnose sind die anamnestische Ermittelung, dass ein Gelenkrheumatismus vorausgegangen ist, und der Nachweis, dass ein Herzfehler besteht, was natürlich beides für die Annahme einer echten Chorea spricht. Anhangsweise mag bemerkt werden, dass die Hysterie, nachdem die echte Chorea überstanden ist, ein diese täuschend ähnliches Recidiv erzeugen kann; hier kann die hysterische Natur um so leichter übersehen werden, als man mit Rücksicht auf die bekannte grosse Neigung der Chorea zu recidivieren in den freilich verzeihlichen Irrtum verfallen wird, man habe es mit einem echten Recidiv zu tun. Wiederholte sorgfältige Prüfung wird zur Erkenntnis des wahren Sachverhalts führen.

Über die Frage, ob Hysterie oder Paralysis agitans vorliegt, wird der in den Nervenkrankheiten einigermassen bewanderte Arzt nur höchst selten im Zweifel sein. Denn wenn auch das Zittern, das sich im Laufe der Hysterie entwickeln kann, die Schüttellähmung bisweilen mit grossem Geschick nachzuahmen vermag,

so kann eine aufmerksame Untersuchung doch wohl immer volle Klarheit verschaffen. Wo nicht andere Merkmale die Hysterie erkennen lassen, auch die Hypnose ohne Einfluss auf das Zittern bleibt, hat man nach Stützpunkten für die Annahme der Paralysis zu suchen. Für diese würde man sich entscheiden müssen, wenn das Zittern in Schwingungen von nur geringer Ausgiebigkeit, fast absoluter Gleichmässigkeit und beinahe immerwährender Dauer besteht und ausserdem mit dem zweiten für die Schüttellähmung mindestens ebenso charakteristischen Symptom der stetigen Muskelspannung verbunden ist. Das hysterische Zittern produziert nicht so gleichförmige Schwingungen, welche auch von gröberer Art und grösserer Ausgiebigkeit wie bei der Paralysis agitans sind.

Nicht genug, dass die Hysterie, wie wir gesehen haben, die Mehrzahl der Neurosen vorzutäuschen vermag, liebt sie es auch, sich zuweilen in das Gewand organisch bedingter Nervenkrankheiten zu kleiden. Um eine derartige, oft folgenschwere Verwechslung tunlichst zu vermeiden, mache man es sich zur Gewohnheit, bevor man sich zu der Annahme einer Hysterie entschliesst, nach denjenigen Zeichen zu forschen, welche nur bei organischen Nervenkrankheiten vorkommen. Es sind ophthalmoskopisch erkennbare Optikus-Erkrankungen, die reflektorische Pupillenstarre, die Lähmung eines einzelnen Nerven, die mit Entartungsreaktion verbundenen Atrophien, das Westphalsche, das Babinskyschen Zeichen und die echte Ataxie. Die folgenden Symptome sollen nach Oppenheim auch einmal bei Hysterie gefunden sein, doch tut der

Praktiker gut, sie ohne Bedenken mit zu den sicher organische Leiden kennzeichnenden Merkmalen zu zählen; es sind die Hemianopsie, der echte Nystagmus, die bulbäre Sprachstörung, das typische Skandieren, das typische Intentionszittern, die dauernde Inkontinenz des Harnes und die Ophthalmoplegia interna. Lässt sich eins dieser Zeichen erkennen und ist es gar ausgeprägt und von Bestand, so ist damit das Vorhandensein eines organischen Leidens erwiesen, und die Hysterie kann nur insofern in Frage kommen, als sie, wie es nicht selten der Fall ist, eine zufällige Kombination darstellt. Da aber das Fehlen sämtlicher aufgezählter Kennzeichen eine organische Nervenkrankheit keineswegs immer mit Sicherheit ausschliesst, so ist es erklärlich, dass es Fälle giebt, in denen berechtigte Zweifel darüber auftauchen können, ob Hysterie oder ein organisches Nervenleiden vorliegt.

So kann es sich mitunter ereignen, dass die reine spastische Spinalparalyse im vorgeschrittenen Stadium sich von der mit Kontraktur verknüpften Paraparese, welche auf hysterischer Basis entstanden ist, nicht ohne weiteres unterscheiden lässt. Ist doch das Bild, das sich dem oberflächlich Betrachtenden bietet, in beiden Fällen eine Lähmung der unteren Extremitäten mit in Streckstellung fixierten Gelenken. Der gewissenhafte Untersucher wird freilich oft schon durch die anamnestischen Angaben auf die richtige Fährte geleitet. Die spastische Spinalparalyse ist bekanntlich eine ausgesprochen chronisch verlaufende Krankheit; einen so schweren Zustand schafft sie erst nach sehr langem, vielleicht über Jahre sich erstreckenden Be-

stehen. Auf hysterischer Grundlage dagegen treten derartige Störungen in ganz akuter Weise auf, meist im unmittelbaren Anschluss an eine seelische Erregung oder an einen Krampfanfall. Bei weitem das wichtigste Kriterium, welches uns in diesem Falle zur richtigen Diagnose verhilft, ist das Verhalten des Muskeltonus. Seine Steigerung, die man auch als Rigidität oder spastischen Zustand der Muskulatur bezeichnet, giebt der Lähmung der spastischen Spinalparalyse ein typisches Gepräge, welches einer aufmerksamen Prüfung nie entgehen wird. Die Sehnenphaenomene zeigen sich deutlich gesteigert, so dass anhaltender Clonus ausgelöst werden kann; das Babinskysche Zeichen, die träge Dorsalflektion der grossen Zehe bei Reizung der Fusssohle, kann sich als sicherer Beweis eines organisch bedingten echt spastischen Zustandes hinzugesellen; brüske Versuche passiver Bewegungen begegnen jener eigentümlichen Muskelsteifigkeit, welche sich bei behutsamen Vorgehen meist ohne besondere Schwierigkeiten überwinden lässt. Das Festkleben der Fussspitze am Boden verrät den echten spastischen Gang. Von all dem findet sich nichts oder nur eine schwache Andeutung bei der Hysterie. Einen Augenblick kann es freilich den Anschein haben, als ob auch hier die Sehnenphaenomene bis zum Clonus gesteigert seien, doch pflegt sich dieser Clonus meist bald als willkürlich zu entpuppen. Das Babinskysche Phaenomen fehlt, wie schon erwähnt, stets bei Hysterie. Die Kontraktur setzt jedem Bewegungsversuch einen absolut unnachgiebigen Widerstand entgegen, erweist sich aber als psychogen, indem sie bei abgelenkter Aufmerksamkeit

oder in der Hypnose verschwindet. Der Gang lässt sich leicht von dem echt spastischen unterscheiden. Und endlich dürften andere positive Merkmale der Hysterie wie z. B. Anaesthesien wohl kaum vermisst werden.

Die hysterische Paraplegie kann auch für die Manifestation einer Myelitis gehalten werden, ein Irrtum, der in seltenen Fällen zu entschuldigen sein mag. Denn es ist bei dem Reichtum der Myelitis wie der Hysterie an wechselvollen Erscheinungsformen nicht undenkbar, dass der Befund bei einer hysterischen Paraplegie sich einmal mit dem deckt, wie er durch die Annahme eines myelitischen Herdes erklärbar wäre. Die Regel aber ist, dass die Hysterie die Grenzen des anatomisch und physiologisch Möglichen nicht einhält. Gewöhnlich, zeigt sich, dass die Ausbreitung der Gefühlsstörung mit der der motorischen nicht in Einklang steht, also aus dem Rahmen des durch eine anatomische Grundlage geschaffenen Bildes herausfällt. Das Verhalten der Sehnenphaenomene giebt hier meist keinen sicheren Aufschluss; es sei denn, dass völliges Erloschensein — eins der angeführten Zeichen organischer Leiden — mit Sicherheit konstatiert wird. Auch die hysterischen Lähmungen können sowohl spastische wie schlaffe sein (S t r ü m p e l l). Ist indessen eine schlaffe Lähmung mit Entartungsreaktion und Atrophie vergesellschaftet, so ist natürlich Hysterie ausgeschlossen. Die Blasenstörung liefert nur dann diagnostische Fingerzeige, wenn sie in andauernder Inkontinenz des Harnes besteht, welche ja bei Hysterie nicht vorkommt. Wichtig bleibt auch hier, — wie überall, wo Verdacht auf Hysterie ist — dass man

nach sonstigen hysterischen Zeichen forsche und die Anamnese und den Verlauf berücksichtige. Die Abhängigkeit von seelischen Vorgängen, die Plötzlichkeit des Entstehens der Lähmung mehr noch des Verschwindens hebt jeden Zweifel an der hysterischen Natur.

Ein besonderes Interesse hat von jeher die Unterscheidung gewisser seltener Fälle von Hysterie von der multiplen Sklerose auf sich gelenkt. Und mit Recht, denn oft genug hat sie mit bedeutenden Schwierigkeiten zu kämpfen, und stets schwer rächt sich hier die Fehldiagnose. Manchmal freilich handelt es sich nicht um eine falsche sondern, nur um eine unvollständige Diagnose. Die mit Hysterie vereinigte multiple Sklerose, eine Kombination, für welche die Hysterie eine verhängnisvolle Vorliebe hat, kann unerkannt bleiben, indem alle vom Patienten geklagten Beschwerden auf Rechnung der Hysterie gesetzt werden. Am häufigsten giebt die multiple Sklerose wohl im Frühstadium zur Verwechselung mit Hysterie Anlass, doch kann man oft auch in vorgeschrittenen Fällen der Sklerose noch im Zweifel sein, mit welcher von beiden Erkrankungen man es zu tun habe. Lassen sich trotz genauester Prüfung sichere Zeichen organischer Erkrankung, vor allem eine erkennbare Sehnerven - Affektion, nicht finden, so können allerdings die anfänglichen motorischen Symtome, mit denen ja in den typischen Fällen die multiple Sklerose zu beginnen pflegt, sehr wohl für hysterisch gehalten werden, zumal da es sich auch bei der Sklerose fast regelmässig um Personen von jugendlichem Alter handelt. Auf die Möglichkeit gerade dieses

Irrtums weist Oppenheim in seinem Lehrbuch mit besonderem Nachdruck hin; er berichtet von mehr als 20 Fällen seiner Praxis, in denen er diesen von Ärzten und sogar von hervorragenden Klinikern gemachten Fehler feststellen konnte. Dass selbst eine sorgfältige Beobachtung des weiteren Verlaufs der multiplen Sklerose, welche sich bekanntlich über Jahre und Jahrzehnte zu erstrecken vermag, nicht immer jeden diagnostischen Zweifel beseitigt, ist bei der wechselvollen Gestalt, welche diese Erkrankung in ähnlicher Weise wie die Hysterie zeigen kann, entschieden anzuerkennen. So neigen z. B. die im Spätstadium der Sklerose auftretenden Lähmungen gleich denen der Hysterie zu anfallsweisen Verschlimmerungen und ebenso plötzlichen Besserungen, ja selbst zum Überspringen von einem Glied auf das andere. Auch die Anfälle apoplektischer und epileptischer Art und deren Folgen, die schnell vorübergehenden Hemiplegien, können mit analogen Vorkommnissen bei der Hysterie verwechselt werden. Doch lassen sich all diese Zustände wohl auseinander halten. Die Diagnose Hysterie ist hinfällig, sobald der Nachweis echt spastischer Lähmungen gelingt; was dazu erforderlich ist, wurde schon bei der Abgrenzung der Hysterie gegen die spastische Spinalparalyse des näheren erörtert, so dass es hier genügen möge, auf die an jener Stelle gegebene Schilderung zu verweisen. Die Anfälle bei der multiplen Sklerose sind durch begleitendes erhebliches Fieber, die nachbleibenden Hemiplegien durch die Beteiligung der Gehirnnerven vor den entsprechenden der Hysterie ausgezeichnet. Von den sonstigen Symptomen, deren

alleinigen Besitz die Hysterie der multiplen Sklerose streitig machen kann, erweist sich das Intentionszittern meist leicht als psychogen, ausserdem pflegt es nicht ganz beständig und vor allem dann und wann auch in der Ruhe vorhanden zu sein. Eine Sprachstörung gehört erst im Spätstadium zum Bilde der multiplen Sklerose, sie steigert sich ganz allmählich zum typischen Skandieren. Auch hier ist die hysterische Imitation nicht sehr getreu; die Beeinträchtigung der Sprache beginnt plötzlich, ist sogleich stark ausgesprochen aber oft wechselnd, In ähnlicher Weise unterscheidet sich auch die Schlingstörung der multiplen Sklerose von der der Hysterie. Das Zwangslachen und Zwangsweinen ist so charakteristisch, dass es mit den Affektkrämpfen der Hysterie wohl kaum verwechselt werden kann. Gedenken müssen wir noch der Sehstörungen, welche bei beiden Erkrankungen eine äusserliche Ähnlichkeit haben und daher vielleicht zu Täuschungen Anlass geben können. Die Abnahme der zentralen und peripheren Sehschärfe, der wir im Gefolge der Hysterie begegnen, ist auch bei der multiplen Sklerose eine häufige und hier wie dort der Rückbildung fähige Erscheinung. Handelt es sich um eine totale Amaurose oder um eine konzentrische Gesichtsfeldeinengung, so kann man immer mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Vorhandensein einer Hysterie rechnen, da beides bei der multiplen Sklerose sehr ungewöhnlich ist (Oppenheim). Volle Sicherheit verschafft nur der Augenspiegel, und auch der nicht immer, denn in seltenen Fällen entbehrt auch die durch die multiple Sklerose verursachte Sehstörung eines ophthalmoskopisch erkenn-

baren Grundlage. Bei der grossen Mehrzahl der Sklerosen sind wir jedoch in der glücklichen Lage, die Erklärung für die oft als frühestes Symptom auftretende Sehstörung durch den Nachweis einer partiellen Sehnerven-Atrophie zu liefern und somit das Grundleiden im Anfangsstadium sicher zu erkennen.

Auch mit der Syringomyelie kann sich die Hysterie in einigen Punkten berühren. Die subjektiven Beschwerden wie das Schwächegefühl und die Paraesthesien in den Armen kommen bei beiden Erkrankungen in gleicher Weise vor. Von den objektiven Befunden können die konzentrische Gesichtsfeldeinengung und vor allem die Hemianaesthesie beiden Krankheiten gemeinsam sein; gemeinsam ist auch die Art der Ausbreitung der Gefühlslähmung insofern, als sie sich hier wie dort nicht auf das Gebiet eines einzelnen Nerven beschränkt. Die von der Syringomyelie abhängige Ausbreitung auf einen oder beide Arme und Teile des Rumpfes ist wohl auch bei der Hysterie möglich. Ferner kann der Umstand, dass die Syringomyelie nicht immer unaufhaltsam fortschreitet, sondern auch einmal spontane Besserungen zeigt, an die Hysterie denken lassen. Angesichts dieser Schwierigkeiten hat man folgende Zeichen, mit deren Hülfe es meist nicht schwer ist, die richtige Diagnose zu finden. Bei der Syringomyelie ist die Gefühlslähmung nur eine partielle, d. h. nur Schmerz- und Temperatursinn sind erloschen, während der Tastsinn erhalten ist; bei der Hysterie handelt es sich dagegen immer um eine vollständige Lähmung der Sensibilität, es sind immer alle Qualitäten der Empfindung aufgehoben (Oppenheim).

Schon dieser Unterschied allein würde z. B. zur richtigen Deutung einer Hemianaesthesie genügen, deren hysterische Natur übrigens auch aus den sie regelmässig begleitenden sensoriellen Störungen hervorgeht. Trophische Störungen, wie sie namentlich an den Phalangen und den Gelenken vorkommen, sind für Syringomyelie charakteristisch. Verstümmelungen können sich infolge der gemeinsamen Analgesie bei beiden Krankheiten finden.

Auch Bilder aus dem Gebiet der Gehirnkrankheiten weiss die Hysterie oft erfolgreich darzustellen. So ist es schon dagewesen, dass man eine voll ausgeprägte Meningitis vor sich zu haben glaubte, während es sich in Wirklichkeit um eine hysterische Nachahmung, eine sogenannte Pseudomeningitis hysterica handelte. Man hat zu bedenken, dass Kopfschmerz, Erbrechen, Delirien, Konvulsionen, Sopor und Genicksteifigkeit, kurz alle hervorstechenden Zeichen der Meningitis acuta, auch bei der Hysterie zu einem Symptomenkomplex vereinigt sein können. Die psychogene Natur verrät sich durch die plötzliche, meist durch eine seelische Erregung herbeigeführte Entstehung, durch das normale Verhalten der Temperatur, des Pulses und der Pupillen, durch das Fehlen der Sehnervenentzündung und der Hirnnervenlähmung, durch das Vorhandensein anderer hysterischer Symptome und durch den raschen günstigen Verlauf.

Leicht ist in der Regel auch die Unterscheidung der hysterischen Hemiplegie von der durch eine Apoplexie bedingten. Denn im Gegensatz zu dem tiefen apoplektischen Coma, in dem alle Reflexe fehlen,

findet sich bei der hysterischen Hemiplegie nur eine mehr oder minder grosse Bewusstseinstrübung mit erhaltenen Reflexen. Ferner ist die hysterische Hemiplegie immer durch das Fehlen einer Gehirnnervenlähmung und meist durch starke Sensibilitätsstörungen gekennzeichnet. Doch kommen, wie Jolly hervorhebt, bei gewissen seltenen Lokalisationen der Gehirnherde dieselben Symtome wie bei der hysterischen Hemiplegie vor, und zuweilen fehlen (nach Angabe desselben Autors) der letzteren die charakteristischen sensiblen Anomalien.

Schwierig ist in manchen Fällen die praktisch ungemein wichtige Trennung der Hysterie von der Hirngeschwulst, wenn sich diese nicht wie gewöhnlich durch eine frühzeitig erkennbare Stauungspupille manifestiert. Hier gilt es, zur Klarstellung der Diagnose das psychische Verhalten des Patienten eingehend zu berücksichtigen und zu untersuchen, ob die Beschwerden, besonders der Kopfschmerz, psychisch beeinflussbar sind. Sodann liefert die Art des Kopfschmerzes ein schätzenswertes Kriterium (Oppenheim). Der Tumorkranke neigt in der Regel nicht dazu, seine Qualen, so furchtbar sie auch sind, in lebhaftem Ausdruck seiner Umgebung zur Schau zu bringen; denn er merkt instinktiv, dass er dadurch seinen peinvollen Zustand verschlimmern würde. Oft ist seine Stummheit auch eine einfache Folge der Benommenheit, welche den Kopfschmerz begleiten und vielleicht erträglicher machen kann. Ganz anders steht es um den hysterischen Kopfschmerz. Hier suchen und finden die Kranken gerade in dem festgesetzten Herauskehren der eigenen

Leiden eine gewisse Befriedigung. Ist auf der Höhe des Kopfschmerzes der Puls deutlich verlangsamt, stellt sich gar auch Erbrechen ein, so ist ein Tumor wohl stets sehr wahrscheiniich. Doch denke man daran, dass beides auch bei der Hemikranie, die ja auch manchmal Symptom der Hysterie ist, nicht ganz selten ist. Auch die Art der Krämpfe giebt dem Zweifelnden keine sicheren Analtspunkte; denn die Krämpfe beim Tumor können dem Bilde der hysterischen völlig ähnlich sehen. Zur Illustration dieser diagnostischen Schwierigkeiten sei kurz ein Fall aus dem mir zugänglichen Material angeführt.

Ein elfjähriges Schulmädchen kommt am 26. Juni 1898 in die Klinik. Die Anamnese ist kurz folgende: Hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar. Seit etwa $4\,^1/_2$ Monaten ist die Patientin bettlägerig wegen rechtsseitiger Kopfschmerzen und Erbrechen, welch' letzteres eintritt, sobald sie ausser Bett ist. Es bestehen keine eigentliche Krämpfe aber „strampelnde" Bewegungen der Beine. Häufig ist starke psychische Erregung, während der die Patientin ihre Umgebung nicht kennt und sich selbst und jeden nahe Kommenden beisst. Vor einigen Tagen verlor sie nach sehr starker Erregung auf der rechten Seite das Seh- und Hörvermögen. Appetit ist wechselnd, Stuhlgang angehalten. — Die Patientin ist ein kräftiges und soweit nachweisbar gesundes Kind. Schneller Wechsel von Erröten und Erblassen ist auffallend. Die mittelweiten Pupillen, von denen die linke ein wenig enger ist als die rechte, reagieren. Die Patellarreflexe sind gesteigert, Fussklonus ist nicht deutlich vorhanden. Die Perkussion des Kopfes ist auf der rechten Seite schmerzhaft; rechter Nervus supraorbitalis und die Dornfortsätze der obersten Halswirbel sind druckempfindlich. Der Kopf wird beim Sitzen nach der rechten Seite gebeugt. Kiefer, Kopf und Extremitäten sind während der Untersuchung in lebhafter Bewegung, welche nach einem mit kalten Übergiessungen verbundenen Bade aufhört. — Während der $3^1/_2$ monatlichen Behandlung in der Klinik blieb der rechtsseitige Kopfschmerz zunächst bestehen. Einmal wurde ein krampfähnlicher Zustand nach einer auf den Besuch der Mutter zu beziehenden psychischen Erregung beobachtet. Weitere ob-

jektive Zeichen waren die schon erwähnte rechtsseitige totale Amaurose und eine Gehstörung. Ausserdem konnte starkes Schwanken beim Stehen, besonders bei geschlossenen Augen festgestellt werden. Die Pulsfrequenz bewegte sich zwischen 84 und 120 Schlägen in der Minute. Der Augenhintergrund wurde stets ohne jede pathologische Veränderung gefunden. Der Schlaf war meist gut, der Appetit mässig. Man stellte zunächst die zweifelhafte Diagnose Tumor cerebri. Der weitere Verlauf brachte allmählige Besserung und befestigte die Diagnose Hysterie. Bei der Entlassung bestand die Amaurose rechts noch unverändert, dagegen war die Gehstörung geschwunden. — In Hinsicht auf die Beschwerden musste die Diagnose einer Hirngeschwulst, auf die ja mehrere der Symptome ziemlich deutlich hinzuweisen schienen, mit einem Fragezeichen versehen werden. Das lange Krankenlager, von dem die Anamnese berichtete, die grosse Beständigkeit des Kopfschmerzes und des Erbrechens, welch letzteres namentlich beim Aufsein eingetreten sein sollte, das Romberg'sche Phaenomen, die wenn auch nur geringfügige Differenz in der Pupillenweite, die angeblichen Bewusstseinstrübungen, die motorischen Reizerscheinungen und endlich die Sehstörung, das alles konnte recht gut einen Tumor annehmbar machen, zumal da die gleichen Erscheinungen auf hysterischer Basis bei Kindern eine so grosse Hartnäckigkeit nicht zu zeigen pflegen. Auch der negative ophthalmoskopische Befund sprach keineswegs unbedingt gegen die Möglichkeit, dass eine Geschwulst vorlag. Andererseits liess sich mit gutem Recht gegen diese Annahme geltend machen, dass die stark ausgeprägte psychische Alteration, die deutlich erkennbare Abhängigkeit der Symptome von seelischen Erregungen, das plötzliche Auftreten der Seh- und Hörstörung bei völligem Fehlen einer sichtbaren anatomischen Grundlage auf Hysterie hinleitete. Schliesslich konnte es sich ja auch um eine Kombination der in Frage stehenden Krankheiten handeln. Da sich also die Geschwulst nicht sogleich mit Sicherheit ausschliessen liess, so war es entschieden richtiger, die schwerere, organisch bedingte Affektion anzunehmen, die Behandlung danach einzurichten und den Verlauf entscheiden zu lassen.

Die Unterscheidung der Hysterie von der Lues cerebri würde, wenn es nicht gelänge, die Natur des Leidens ex juvantibus zu erkennen, nicht selten auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. Denn die

Krankheitsbilder der Lues cerebri sind ungemein wechselnd, die ophthalmoskopisch nachweisbaren Veranderungen fehlen hier oft (Oppenheim), und die Anamnese lässt bekanntlich meist im Stich. Es lassen sich daher diagnostische Schulregeln kaum aufstellen. Die Unbeständigkeit der Symptome, die spotanen plötzlichen Remissionen und ebenso raschen Exacerbationen, ja sogar die Ähnlichkeit der psychischen Veränderung und das Bewusstsein können die Abgrenzung gegen die Hysterie oft erheblich erschweren. Ein sprechender Beweis hierfür ist folgender Fall, den nach mündlicher Überlieferung an dieser Stelle mitzuteilen, mir gütigst erlaubt wurde.

Ein 19jähriger Belgier kommt mit einer ausgesprochenen Hysterie in die Klinik. Kurz skizziert ist das Krankheitsbild folgendes: neben allgemein ausserordentlich wechselnden subjektiven Beschwerden treten täglich rein hysterische Anfälle und Konvulsionen mit nachfolgenden mehr oder weniger lange anhaltenden psychischen Alterationen auf, so dass die anfängliche Diagnose „hysterisches Irresein" durchaus gerechtfertigt erscheint. Bei entsprechender psychischer und allgemeiner Behandlung kommt es zum Rückgang aller Beschwerden und krankhaften Erscheinungen und weiterhin zu vollkommener Erholung und scheinbarer Genesung. Eine luetische Infektion wird entschieden in Abrede gestellt. Nach mehrmonatlichem guten Befinden wird über Kopfschmerz, Doppelsehen und leichte Schwindelanfälle geklagt. Diese Beschwerden nehmen binnen kurzer Zeit erheblich zu, und es kommt zur Entwickelung einer nachweisbaren Stauungspupille. Jetzt setzen plötzlich rechtsseitige klonische Krämpfe ein. Nach Ablauf dieser Krämpfe zeigt sich eine rechtseitige Hemiparese, rechtseitige leichte Fazialisparese und eine Sprachstörung. Nicht lange danach erfolgt der Tod im Koma. Die Sektion ergiebt ein wallnussgrosses Gumma im linken Schläfenlappen.

Die Beziehungen der Hysterie zu den Geistesstörungen sind zum Teil recht komplizierter Natur und ausserdem noch so sehr Gegenstand der Kontroverse,

dass sie hier nur ganz kurz erwähnt werden können. Nicht ganz selten werden die von Kahlbaum als Katatonie beschriebenen Formen der Dementia praecox als Hysterien aufgefasst. Dieser Irrtum ist zuweilen ganz unvermeidlich. Denn es ist durch mehrfache Erfahrung bestätigt, dass die Katatonie mit dem Bilde der reinen Hysterie einsetzen kann (Kraepelin); in solchen Fällen kann nur die Beochtung des weiteren zu allmählige Verblödung führenden Verlaufs Aufschluss bringen. Meist ist indessen die Unterscheidung möglich; nur muss man sich nicht durch den auffallenden Wechsel, dem auch beim Katatoniker der psychische Zustand unterliegt, durch die auch bei ihm auftretenden heftigen Erregungen und hysteriformen Krampfanfälle zur Diagnose Hysterie verleiten lassen. Die Zerfahrenheit des Gedankenganges, die völlige Urteillosigkeit und gemütliche Stumpfheit, kurz alle Zeichen der Verblödung, wie sie der Katatonie eigen sind, schaffen starke Gegensätze zur Hysterie, bei der man oft intelligente Personen und immer solche mit lebhafter Gemütstätigkeit antrifft (Kraepelin).

Ferner kommt es vor, dass die Anfälle des zirkulären Irreseins fälschlich für hysterisch gehalten werden. Doch fehlt den analogen hysterischen Zuständen die Ideenflucht; auch ist bei diesen die Entstehung und der Verlauf meist ein anderer. Das urplötzliche Kommen und Gehen der Erregung und ihre kurze Dauer spricht zu Gunsten der Hysterie.

Endlich sei noch daran erinnert, dass manche Erscheinungen der Hysterie sich auch auf dem Boden der Imbezillität entwickeln können, mit welcher übrigens

die Hysterie oft auch vergesellschaftet ist. Man hat diese Fälle als Übergänge und Vermischungen zweier Formen des Entartungs-Irreseins aufgefasst, zu denen man die Hysterie und zum Teil auch die Imbecillität rechnen kann (Kraepelin).

Das Endergebnis unserer Betrachtungen fassen wir kurz dahin zusammen, dass wir heute durch die hohe Ausbildung der diagnostischen Technik in Stand gesetzt sind, die Hysterie von fremdem Beiwerk zu befreien und ihr Gebiet scharf zu begrenzen. Es gelingt, aus der Summe der früher unter dem Sammelbegriff der Hysterie verstandenen Zustände manchen auszuscheiden und in andere Krankheitsgruppen einzureihen.

Im folgenden findet ein Fall der grande Hysterie-Charcot ausführliche Darstellung.

M. P., 22jähriges Dienstmädchen, trat am 18. Oktober 1902 auf ärztlichen Rat in die Rostocker medizinische Universitätsklinik ein.

Anamnestisch liess sich folgendes feststellen: Von der einst zahlreichen Familie, der die Patientin angehörte, lebte ausser ihr nur noch der Vater. Die Mutter und fünfzehn Geschwister starben, erstere an Schwindsucht, die letzteren meist an Typhus. Die Patientin hat früher einmal an geschwollenen Füssen gelitten, sonst will sie immer gesund gewesen sein, bis sie im Jahre 1897 infolge von „Schreck" „nervenleidend" wurde. Der Schreck oder richtiger gesagt das Schreckliche, was auf sie einwirkte, waren die gehäuften Todesfälle in ihrer Familie, namentlich der ihrer Mutter, welche in ihren Armen starb, und nach später von der Patientin der Schwester gegenüber gemachten Angaben das Benehmen ihres Vaters, der sie mit unsittlichen Anträgen verfolgte. Bald darauf bekam sie, nachdem sie zwecks Trennung von ihrem Vater eine Stellung als Dienstmädchen angenommen hatte, zum ersten Male Krämpfe, welche sich seitdem wiederholten. Angeblich fällt sie dabei ganz plötzlich ohne vorher etwas zu merken, zu Boden und wird bewusstlos, wobei ihr bisweilen

Schaum vor dem Munde stehen soll. Dann gerät der ganze Körper in „zitternde“ Bewegung und schliesslich liegt sie eine Zeit lang ganz starr da. Wegen der Krämpfe wurde sie auf Veranlassung ihres Vaters von ihrer Herrschaft geprügelt, was ihr jedoch keine Schmerzen bereitete. Später wurde sie, als sie wieder einmal Krämpfe hatte, von einem Schniter, der nachts bei ihr wachte, geschwängert; das Kind ist jetzt zwei Jahre alt. Die Krämpfe, welche besonders nach Aufregungen eintreten, wurden im Laufe der Jahre heftiger und häufiger. Während sie anfangs nur $^1/_2$ bis 1 Stunde dauerten, betrug die Dauer des letzten Krampfanfalls, wegen dessen sie der Klinik überwiesen wurde, mit einigen Unterbrechungen 3—4 Tage.

Den beim Eintritt der Patientin in die Klinik erhobenen Befund können wir hier kurz dahin zusammenfassen, dass es sich um ein vollkommen organgesundes kräftiges Mädchen handelte. Objektiv wahrnehmbare hysterische Zeichen bot die Patientin bei dieser ersten Untersuchung nicht. Doch war eine geistige Minderwertigkeit nicht zu verkennen; die Intelligenz war deutlich herabgesetzt; das ganze Verhalten der Patientin trug den Stempel der Inbecillität, ein Eindruck, den auch die weitere Beobachtung bestätigte.

Der Krankheitsverlauf während der $2^1/_2$monatlichen klinischen Behandlung wird zur Erleichterung der Übersicht in zwei Abschnitte geteilt, deren erster bis zum Ende der fünften Woche reicht. Über das psychiche Verhalten der Patientin während dieser Zeit war folgendes zu bemerken. In den Zeiten der Anfälle, welche fast in der ganzen ersten Woche das Krankheitsbild beherrschten, bestand oft mehr oder minder grosse Benommenheit, in den anfallsfreien Zeiten war das Sensorium frei; nur einmal hatte die Patientin Hallucinationen, indem sie nachts „weisse Männer“ sah. Nach Beendigung der grossen Convulsionen wurden, solange das Bewusstsein noch nicht wieder völlig klar war, mehrfach lebhafte Selbstgespräche geführt, welche die Patientin bisweilen durch lautes Schreien unterbrach. Während dieses fortwährenden Erzählens war der Gesichtsausdruck nicht selten lächelnd; auch kam es vor, dass die Patientin in diesen postparoxysmalen Zeiten aus unbekannter Ursache plötzlich heftig zusammenschrak. Nicht immer zeigte sich die Gemütsstimmung verändert; im ganzen aber neigte sie zur Betrübtheit, welche sich sogar zu intensiver Verstimmung steigern konnte. In solchen Zeiten, welche einmal mit Menstruation zusammenfielen, weinte die Patientin viel und leicht und machte sich Sorgen

um ihre Zukunft. Psychische Erregungszustände gingen meist den Anfällen unmittelbar voraus; sie wurden sonst nur einmal bemerkt, als die Patientin über den plötzlichen Anblick einer alten Frau in heftige Aufregung geriet. Die Anfälle traten während der ersten Woche sehr in den Vordergrund, sie erschienen täglich 3—4—5 mal, sodass ihre Zahl in dieser kurzen Zeit auf 17 stieg, eine Höhe, welche in den übrigen vier Wochen dieses ersten Abschnittes mit einer Anzahl von 16 Anfällen nur annähernd wieder erreicht wurde. Die Zeit der Menstruation liess keinen Einfluss auf die Anfälle erkennen. Eigentümlich war das gruppenförmige Auftreten der Anfälle. Nach den ersten sechs Tagen setzten sie fünf Tage lang völlig aus, erschienen dann wieder eine Zeit lang täglich, um nach abermaligem mehrtägigen Verschwinden von neuem an einigen aufeinander folgenden Tagen aufzutreten. Diese Beobachtung konnte während der ganzen Krankheit wiederholt gemacht werden; fast nie trat ein Anfall vereinzelt auf, in der Regel folgten entweder an demselben oder an den nächsten Tagen noch einige nach. Sie waren so charakteristisch, dass ihre nähere Schilderung nicht unnütz ist. Nachdem die Patientin eine Zeit lang still gelegen hat, die Augen meist starr nach einer Seite gewandt, setzten plötzlich tonisch - klonische Muskelkrämpfe der Extremitäten ein, welche alsbald zu hochgradigstem Opisthotonus führen. Pupillenreaktion ist während des Anfalles deutlich vorhanden. Oft ist das Verhalten der Atmung vor und nach dem Anfall beachtenswert, indem vorher starke respiratorische Mitbewegung der Nasenflügel auffällt, nachher aber die Atmung fliegend und vorwiegend abdominal zu sein pflegt. Ein kurz dauernder Contraktivzustand der gesamten Körpermuskulatur schloss sich einige Male an den Anfall an. Von sonstigen Symptomen, die im Gefolge der Anfälle auftraten, zeigte sich besonders am ersten Tage starke Schlingstörung, welche künstliche Ernährung nötig machte; gleichzeitig war auch die Sprache erheblich gestört, so dass sie längere Zeit infantie blieb. Von den Stigmata, deren Auftreten auch meist mit den Anfällen in zweifellosem Zusammenhang stand, waren die Spinalirritation, die Ovarie und hochgradige oft den ganzen Körper betreffende Anaesthesie und Analgesie vorhanden, infolge deren Berührungen der Hornhaut keinen Lidschlag auslösten. Doch muss betont werden, dass die Anaesthesie in dieser ersten Krankheitsperiode ein sehr bewegliches Symptom war. Die Tatsache, dass tiefste Anaesthesie mit völlig aufgehobenen Reflexen und ganz normale Empfindlichkeit mit prompter

Reflexerregbarkeit sich in kurzen Zeiträumen abwechselten, konnte an der Hornhaut mehrfach mit Sicherheit konstatiert werden. Die Patientin vermochte ihre Sinne zeitweise derart anderweitig zu beschäftigen und von den Dingen und Vorgängen der sie umgebenden Aussenwelt abzulenken, dass ihr selbst ein so intensiver Reiz wie die Berührung der Hornhaut nicht zum Bewustsein kam. Hatte man soeben den Finger auf die Hornhaut der mit weitgeöffneten Augen ohne jede Abwehrbewegung daliegenden Patientin gesetzt, und fragte man dann, weshalb sie ihr Auge nicht geschlossen habe, so behauptete sie, man habe ihr Auge garnicht berührt. Dagegen fand bei dem nach einiger Zeit wiederholten gleichen Experiment promter Lidschluss statt. Man kann dieses unvermittelte Umspringen jener eine schwere Störung involvierenden Erscheinung in ganz normale Verhältnisse mit gutem Recht als eine der kräftigsten Stützen des Beweises von der Psychogenese der hysterischen Symptome anführen.

Die anfallsfreien Intervalle wurden ausgefüllt mit Klagen über die mannigfaltigsten Beschwerden, vor allem über Kopf-, Rücken- und Leibschmerzen. Letztere nehmen oft den Charakter eines Magenkrampfs an, so dass die Patientin stöhnend im Bett lag und nachts nicht zu schlafen vermochte. Auch über Schmerzen im Knie und über Wadenkrämpfe waren Klagen zu verzeichnen Von den objektiv wahrnehmbaren Störungen fanden die allerdings schnell vorübergehende Lähmung der Muskulatur des Schlundes und die Sprachstörung, welche längere Zeit bestand und nur infantiles Sprechen erlaubte, schon Erwähnung. Erbrechen, das freilich nicht sehr heftig war und auch nur dann und wann beobachtet wurde, ferner Harnverhaltung, welche mehrfach die Anwendung des Katheters erforderte, und eine zeitweise hartnäckige Obstipation, welche mit Einläufen und Brustpulver bekämpft wurde, sind noch hinzuzufügen. Ein für die Hysterie immerhin recht charakteristisches Symptom, die Tympanitis, von der die Patientin bisweilen stark belästigt wurde, darf ebenfalls nicht ungenannt bleiben.

Die Therapie während dieser ersten fünf Wochen richtete sich gegen die Aufregung und die Schmerzen, welche oft den Schlaf verhinderten, und suchte die körperlichen Funktionen tunlichst zu regeln. Der ersten Indikation zu genügen, konnte leider in der ersten Zeit des Morphinum hydrochlorium nicht entbehrt werden; denselben Zweck verfolgte man durch Darreichung der Nervina, Hypnotica und Antineuralgica, von denen

Brom-Salze als Seclatio, Trional als Schlafmittel und Phenacetin gegen die Kopfschmerzen Anwendung fanden. Auch die Radix valeriana liess man nicht unversucht. Vor allem aber leitete man ein mildes hydrotherapeutisches Verfahren ein, das in Verabreichung einhalbstündiger warmer Bäder und Priessnitzscher Umschläge bestand. Der zweiten nicht minder wichtigen Indikation gerecht zu werden, erforderten die Obstipation, die Tympanitis, die Harnverhaltung und die nur am ersten Tage bestehende Schlingstörung ein ärztliches Eingreifen Wie schon erwähnt, wurden Einläufe, Brustpulver, der Katheter und der Magenschlauch in Anwendung gebracht. An der allmählig sich vollziehenden Wendung zum Besseren war jedoch die bisher beschriebene Therapie wohl nur unwesentlich beteiligt. Den grössten Anteil daran hatte ein für die Behandlung der Hysterie unerlässlicher Faktor, die psychisch — erziehlich wirkende Tätigkeit des Arztes. Ihr war es zuzuschreiben, dass die Patientin am Ende der fünften Woche sich schon seit 14 Tagen eine leidlich gleichmässige Stimmung bewahrt hatte, dass ferner in derselben Zeit nur an drei Tagen Krampfanfälle erschienen waren, dass sie am 18. November zum ersten Male aufstehen konnte, und dass am 19. desselben Monats ihre Sprache wieder völlig normal war. Wesentlich war es auch, dass seit dem 18. November keine Anaesthesie mehr bestand, und dass die Nächte, obgleich die Patientin seit dem 13. November kein Morphinum hydrochloricum und später an einigen Tagen überhaupt kein Schlafmittel mehr bekommen hatte, ziemlich gut verliefen. Ihre Klagen waren zwar noch immer erheblich, namentlich litt sie noch an Kopfschmerzen und Schwindelgefühl beim Gehen.

Wie der Verlauf in der nun folgenden zweiten Phase der Krankheit lehrt, war diese Besserung nur von kurzem Bestand. Nachdem das Befinden der Patientin noch gegen Ende November so gut war, dass eine Notiz aus dieser Zeit besagt: „Patientin ist auf und tätig", trat eine leichte Exacerbation des hysterischen Allgemeinzustandes ein, die jedoch vorübergehender Natur war und auch kein so schweres Krankheitsbild schuf, wie es die Patientin anfangs dargeboten hatte. Wichtig war, dass es trotz dieser Verschlimmerung gelang, die Patientin ausser Bett zu halten. Was zunächst das psychische Verhalten während dieses zweiten Abschnittes betrifft, so trat eine bisher noch nicht beobachtete Erscheinung hinzu, welche in leichten Angstanfällen bestand. Die Stimmung war oft recht gedrückt, wie es scheint, infolge von Heimweh. Eine Notiz vom 3. No-

vember lautet: „Liegt im Bett, weint und will nach Hause.“ Die Krampfanfälle erschienen während dieser letzten sieben Wochen nur neunmal; mehrere waren wieder von der typischen Art des grossen hysterischen Anfalles. In unmittelbarem Anschluss an einen solchen wurde die ganze Körperoberfläche von neuem in höchstem Grade anaesthetisch. Dieser Zustand blieb im Gegensatz zu der im ersten Abschnitte festgestellten Wandelbarkeit fast unverändert. Wie früher litt die Patientin an Tympanitis und Erbrechen. Bemerkenswert ist, dass während des Aufseins fast regelmässig eine Erhöhung der Pulsfrequenz konstatiert wurde. Die gefundenen Werte schwankten zwischen den Zahlen 96 und 130. Über Schmerzen im Kopf, Rücken und im Abdomen, das auch überall druckempfindlich war, wurde in ähnlicher Weise wie bisher geklagt. Als interkurrente Leiden gesellten sich eine leichte Conjunctivitis und eine ebenfalls leichte Stomatitis mit Angina und geringen Fieberbewegungen hinzu. Auch hatte sich die Patientin einmal während eines Anfalles eine kleine Verletzung der rechten Ellenbogengegend zugezogen.

Über die Therapie ist zu sagen, dass die infolge der Exacerbation wieder angewandten Mittel wie Morphinum hydrochloricum, Brom-Salze und Trional bald ausgesetzt werden konnten. Sonst blieb die Therapie im wesentlichen dieselbe. Man gab die Antineuralgica, Phenacetin, Antipyrin, Aspirin, verabreichte Bäder und Priessnitzche Einwickelung, regelte die Stuhlentleerung durch Einläufe und Brustpulver und behandelte die interkurrenten Leiden nach den für diese gültigen Vorschriften. Dass darüber die psychische Therapie nicht vernachlässigt wurde, bedarf kaum der Erwähnung.

Als die Patientin am 8. Januar das Krankenhaus verliess, war ihr Zustand im allgemeinen zweifellos gebessert. Die psychischen Störungen hatten sich seit längerer Zeit nicht mehr eingestellt; die Krämpfe hatten volle 14 Tage völlig cessiert; der Schlaf war seit einigen Tagen erheblich besser geworden; die Pulsfrequenz bewegte sich zwischen den Zahlen 72 und 96, also in ungefähr normalen Grenzen. Das Körpergewicht hatte im Dezember um 2 kg zugenommen. Es scheint sogar, dass die ewigen Klagen in den letzten Tagen mehr und mehr verstummten; nur noch spärlich ist die Zahl der bisher unzähligen im Kranken-Journal verzeichneten Beschwerden. Aber wie sehr man auch all das als erfreuliche Zeichen der Besserung begrüssen mag, ein untrügliches Merkmal der noch immer schweren Erkrankung, die seit längerer Zeit unverändert ge-

bliebene totale Anaesthesie der gesamten Körperoberfläche, warnte davor, die Besserung für eine dauernde zu halten, den Erfolg der 2½monatlichen Behandlung zu überschätzen. Es war wohl fast zweifellos, dass die Patientin, zurückgekehrt in ungünstige Verhältnisse, alsbald von einem Rückfall betroffen sein würde.

Fassen wir nach der hiermit abschliessenden Wiedergabe des Krankheitverlaufs das Gesagte in einem kurzen Überblick zusammen, so handelte es sich im vorliegenden Fall um ein in seiner geistigen Entwicklung zurückgebliebenes Mädchen, das im Anschluss an überaus traurige und widerwärtige Familienverhältnisse von der bei uns in Deutschland immerhin recht seltenen schwersten Form der Hysterie befallen wurde. Die Patientin konnte, da, wie aus der Anamnese hervorgeht, die Mutter an Schwindsucht gestorben war, und der Vater einen krankhaften Geisteszustand durch geschlechtliche Verirrungen bekundete, als erblich belastet gelten. Und wir haben somit Grund zu der Annahme, dass bei der angeborenen Disposition zur Hysterie die ungewöhnliche Härte der Lebensschicksale der Patientin und vielleicht noch mehr der ihr von Menschen zugefügten schweren Schädigungen als starkes psychisches Trauma gewirkt haben und den Ausbruch der Krankheit veranlassten.

Anhangsweise erwähnen wir folgenden Fall, der während der Abfassung dieses Beitrags in der Rostocker medizinischen Universitäts-Poliklinik beobachtet wurde.

Ein zehnjähriger Knabe wird am 13. Februar 1904 in die Poliklinik gebracht. Die Anamnese ergibt keine Anhaltspunkte für die Annahme einer hereditären Belastung. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren hat der Patient eine Lungenentzündung,

später Windpocken und Masern zu überstehen gehabt. Zu Weihnachten 1903 zog er sich durch einen Fall auf den Kopf eine Verletzung zu, deren Spur noch als eine drei cm lange Narbe über dem linken Auge sichtbar ist. Seit jenem Fall leidet der Knabe oft an Kopfschmerzen und abendlichem Erbrechen. Sein Appetit ist schlecht, häufig stellt sich nach dem Essen Übelkeit ein. Der Stuhlgang musste durch Arznei geregelt werden. — Es handelt sich um einen schwächlichen, blassen Knaben. Bei seiner Untersuchung ist der Puls ziemlich frequent und leicht unregelmässig, der erste Herzton an der Spitze dumpf; sonst lässt sich ausser einer mässigen Albuminurie nichts Abnormes feststellen. Auch die Albuminurie ist schon nach fünf Tagen verschwunden. Da aber immer noch Erbrechen und Kopfschmerzen bestehen, wird der Magen ausgespült; seine Funktion erweist sich als gut. Sonst ist nichts zu eruieren. In den nächsten Tagen soll der Leib aufgetrieben gewesen sein, und der Knabe viel über starke Leib- und Kopfschmerzen geklagt haben. Ferner soll der Patient öfters mit den Händen gezuckt haben und vorübergehend am ganzen Körper steif gewesen sein. Nach einigen Tagen hält die Starrheit längere Zeit an, bis zu einer Dauer von 4 bis 5 Stunden. Dabei ist der Hergang folgender: Der Patient lässt Urin unter sich und klagt über heftige Kopfschmerzen darauf tritt allgemeine Starre ein. Solange diese andauert, ist der Mund geöffnet und kann wegen Starrheit der Kiefermuskel nicht geschlossen werden. Es besteht also kein Trismus. Die Augen sind ebenfalls weit geöffnet und nach oben gerichtet, der Lidschlag ist deutlich verlangsamt, der Hornhautreflex herabgesetzt. Die Muskulatur des ganzen Körpers ist steif und stark kontrahiert. Beim Versuch, die Glieder passiv zu bewegen, fühlt man sofort starke Zunahme der Spasmen, infolge deren auch die Patellar- und sonstigen Sehnenreflexe nur schwer oder garnicht auszulösen sind. Ausserdem besteht hochgradige Anaesthesie am ganzen Körper, so dass die Nadel tief ins Bein gestochen werden kann. Nur die Fusssohlen sind etwas empfindlich. So liegt der Patient mit Unterbrechungen Tage lang; in ziemlich regelmässigen 5—6stündlichen Abständen erwacht er und geniesst dann etwas, während er im Zustande der Starre keinerlei Nahrung zu sich nimmt. Das Sensorium ist in den anfallsfreien Stunden klar, doch fällt den Angehörigen eine dem Patienten sonst nicht eigentümliche Launenhaftigkeit auf. Trotz der Behauptung nichts von dem, was während des Anfalles vor sich geht, zu wissen,

scheint er doch auf alles zu achten. Um das Austrocknen der Lippen- und Mundschleimhaut zu verhindern, wird ihm ein feuchtes Gazeläppchen auf den geöffneten Mund gelegt, wobei der Arzt laut davor warnt, es herunter zu schlucken. In demselben Moment wird es mit den Zähnen ergriffen und gekaut. Beim Versuch das Läppchen dem Knaben zu entreissen, erwacht er und bedauert, dass das Läppchen kein Butterbrod gewesen ist. Während der nächsten Tage verlieren sich die Beschwerden und die Starre, auch der Appetit wird besser, und der kleine Patient erholt sich schnell. Nur noch Nachts treten nach Angabe der Mutter dann und wann ähnliche aber schwächere und schneller vorübergehende Anfälle auf; die Mutter bringt sie mit einer gleichzeitig bestehenden Enuresis nocturna in Verbindung.

Es handelt sich in diesem Falle um ein offenbar von Haus aus schwächliches Kind, das an transitorischer, orthotischer Albuminurie leidet, sonst aber gesunde innere Organe besitzt. Das zu Weihnachten stattgefundene Trauma ist jedenfalls als auslösendes Moment der jetzt bestehenden Krankheit, einer schweren Hysterie, zu betrachten, da die hauptsächlichsten Beschwerden, der Kopfschmerz, das Erbrechen und die Appetitlosigkeit seit dieser Zeit bestehen. Auch ist die Annahme wohl erlaubt, dass das Kind von Anfang an neuropathisch veranlagt war; solche Kinder erkranken nach Strümpell besonders häufig an Enuresis nocturna. Ausserordentlich ungewöhnlich und interessant ist hier das Auftreten eines mit geringen Unterbrechungen Tage lang anhaltenden hysterischen Tetanus. Dass derselbe wirklich hysterischer Natur und nicht etwa auf die beinahe acht Wochen vorher stattgehabte Verletzung zurückführbar ist, bedarf kaum eines Beweises. Die Länge der zwischen der Verwundung und dem ersten Auftreten des Starrkrampfes verstrichenen Zeit spricht

ebenso sehr gegen die Annahme eines Wundstarrkrampfes, wie alle übrigen Erscheinungen einer hysterischen Tetanus glaubbar machen. Die gleichzeitige Anwesenheit absolut sicherer hysterischer Zeichen, wie die Anaesthesie und die Launenhaftigkeit, und das Fehlen des Trismus, der beim Wundstarrkrampf bekanntlich nie vermisst wird, befestigen die Diagnose Hysterie.

Bevor ich von der hiesigen Hochschule, der ich fünf Semester als Bürger angehörte, scheide, möchte ich allen meinen hochverehrten Herren Lehrern meinen Dank aussprechen. Besondere Dankbarkeit schulde ich Herrn Professor Martius und Herrn Privatdozent Dr. Kühn für die Überlassung des Themas, für die Erlaubnis zur Benutzung des klinischen Materials und für die liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit.

Litteratur-Verzeichnis.

1. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, III. Auflage, 1902.
2. Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, XII. Auflage, 1899.
3. Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, XII. Band II. Hälfte.
4. Jürgensen, Lehrbuch der spez. Path. u. Therap. IV. Auflage, 1902.
5. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Auflage. 1903—1904.
6. Liebermeister, Über Hysterie und deren Behandlung, Sammlung klinischer Vorträge v. Volkmann, Nr. 236.

Lebenslauf.

Verfasser dieses Beitrags wurde am 21. April 1878 zu Lehre im Herzogtum Braunschweig als Sohn des dortigen Arztes Karl Görtz geboren. Nachdem er Michaelis 1897 das Herzogliche Neue Gymnasium zu Braunschweig mit dem Zeugnis der Reife verlassen hatte, wandte er sich dem Studium der Medizin zu, dem er in Göttingen, Tübingen und Rostock oblag, Im Februar 1900 bestand er zu Göttingen die ärzliche Vorprüfung, am 23. März 1903 zu Rostock das ärztliche Staatsexamen und am 26. März 1903 ebendaselbst das Examen rigorosum.

Berichtigung der Druckfehler.

Seite 5, Zeile 8 von oben lies „Leser“ statt „Lehrer“.
„ „ „ 2 „ unten „ „möglichstes“ statt „möglichst“.
„ 6 „ 2 „ „ „ „einiger“ statt „einige“.
„ 11 „ 2 „ oben „ „Charcot“ statt „Chareot“.
„ „ „ 16 „ „ „ „am Rumpf: die points douloureux“ statt „ am Rumpf. Die points douloureus“.
„ 12, Zeile 1 von unten lies „hier auch“ statt „auch hier“.
„ 15, „ 4 „ oben „ „Kontrakturen“ statt „Kontrekturen.
„ 18, Zeile 11 von unten lies „Anaesthesie“ statt „Anaestesie“.
„ 20, „ 9 „ „ „ „1000“ statt „100“.
„ 21, „ 11 „ oben „ „welch'“ statt „welch“.
„ „ „ 12 „ „ soll hinter „genommen,“ das Komma fehlen.
„ 24, Zeile 5 von unten fehlt hinter „Schwangerschaft“ das Komma.
„ 25, Zeile 6 von oben lies „beobachten“ statt „betrachten.“
„ „ „ 12 „ „ „ „Krankenhausbehandlung“ statt „Krankenbehandlung“.
„ 25, Zeile 13 von oben lies „grosse“ statt „grosss“.
„ „ „ 15 „ „ „ „galten“ statt „gelten“.
„ „ „ 9 „ unten „ „ungebessert“ statt „ungebessest“.
„ 31 „ 6 „ oben „ „Insults“ statt „Inhalts“.
„ „ „ 9 „ unten „ „(Jürgensen)“ statt „(Türgensen)“.
„ 32, „ 16 „ oben „ „Epilepsie“ statt „Epilephie“.
„ 33, „ 14 „ unten „ „Störungen“ statt „Störmungen“.
„ 34, „ 12—14 von oben lies „. . . ., ist die hysterische Tetanie . . . . . gekennzeichnet, dass . . .“ statt „. . . , dass die hysterische Tetanie . . . . . gekennzeichnet ist, dass . . “.
„ 34, Zeile 6 von unten lies „nämlichen“ statt „männlichen“.

Seite 35, Zeile 12 von unten lies „beobachtet“ statt „beobachet“.
„ 36, „ 14 „ „ „ „dieser“ statt „diese“.
„ 46, „ 15 „ oben „ „Stauungspapille“ statt „Stauungspupille“.
„ 46, Zeile 1 von unten lies „fortgesetzten“ statt „festgesetzten“.
„ 49, Zeile 9 von oben lies „der Konvulsionen“ statt „das Bewustsein“.
„ 49, Zeile 16 von oben lies „allgemeinen“ statt „allgemein“.
„ „ „ 9 „ unten „ „Stauungspapille“ statt „Stauungspupille“.
„ 50, Zeile 8 von oben lies „Beobachtung„ statt „Beochtung“.
„ „ „ 9 „ „ „ „allmähliger“ statt „allmählige“.
„ „ „ 16 „ „ „ „Urteilslosigkeit“ statt „Urteillosigkeit“.
„ 52, Zeile 6 von oben lies „Schnitter“ statt„ Schniter“.
„ „ „ 9 „ „ „ „eintraten“ statt „eintreten“.
„ „ „ 2 „ unten „ „mit der Menstruation„ statt „mit Menstruation“.
„ 53, Zeile 10 von unten lies „infantil“ statt „infantie“.
„ 54, „ 20 „ oben „ „nahmen“ statt „nehmen“.
„ 55, „ 1 „ „ „ „Sedativa“ statt „Seclatio“.
„ 55, „ 1 „ unten „ „Dezember“ statt „November“.
„ 57, „ 12 „ „ „ „die ihr“ statt „der ihr“.
„ 58, „ 21 „ „ „ fehlt hinter „Kopfschmerzen“ ein Komma.
„ 60, Zeile 2 von oben lies „einen“ statt „einer“.